

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária


O Conrolo de Infecção nos Cuidados ao Idoso

Dependente no Domicílio

Maria Margarida Guia Soares Ferreira

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

O Controlo de Infecção nos Cuidados ao Idoso

Dependente no Domicílio

Maria Margarida Guia Soares Ferreira

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa
Professora Deolinda Cardoso do Espírito Santo Bernardo

2013



Ao meu pai – António Soares Ferreira – o primeiro a
apoiar as minhas escolhas e a celebrar as minhas vitórias.
Pai, continuas a estar presente em tudo o que faço!

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido foi atribulado e não teria sido possível chegar ao fim sem o apoio e ajuda de muitas pessoas. A todas elas, a minha profunda gratidão.

À minha coorientadora, professora Deolinda Bernardo, pela disponibilidade, estímulo e pela confiança que demonstrou no meu trabalho, mesmo quando eu só tinha dúvidas.

À professora Lourdes Varandas, pela orientação que me possibilitou crescer e reelaborar conceitos, mas sobretudo pela compreensão e pela paciência.

Às coordenações das instituições participantes no projecto e respectivas colaboradoras, pela aceitação, empenho, mas especialmente pelo importantíssimo e, muitas vezes subestimado, papel que desempenham na comunidade.

Ao Dr. Mário Durval, Delegado de Saúde do Barreiro, por ter aceitado “apadrinhar” o projeto.

À Enfermeira Elena Noriega, da Direção Geral de Saúde, à Enfermeira Rosário Rodrigues e ao Dr. Paulo André, da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar Barreiro Montijo pela disponibilidade e inestimável ajuda.

Às minhas colegas de curso: Deolinda, Sónia, Teresa... Sobrevivemos camaradas!

Às minhas colegas da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro: Helena, Isabel, Sónia. Somos como irmãs numa família disfuncional... mas funcionamos.

À D. Eulália, meu braço esquerdo e direito.

Por último, a minha homenagem àqueles que constroem a minha vida, sem eles nada do que faço tem sentido:

Lília, minha amiga e companheira de tantas caminhadas; Paulo, sempre presente quando o caminho se torna duro; Lina e Leta, minhas cunhadas; Lourdes, minha sogra, sempre disponível e Sr. Zé, meu sogro, que perdemos durante este caminho;

Avó Lélia, a mulher mais forte que conheço; a minha mãe, Maria Luíza, doçura e confiança; a minha querida irmã Zizica; os meus lindos sobrinhos, Rui e Rafa; Júlio, meu cunhado favorito e ainda o resto dos “suspeitos do costume”: Badá, Aníbal, Tina, Daniel, Zé, Bela “a vencedora”, Carla, Miguel, Ana, Bruno, João, Margarida, Rita, Sofia e Afonso. Quando estamos juntos, estou feliz e o puzzle que formamos parece completo!

Os meus homens: Mário, meu amigo, meu companheiro e meu amor! Guilherme, meu maravilhoso filho, meu ar e meu orgulho!

LISTA DE SIGLAS

AAD	Ajudante de Ação Direta
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EARSS	European Antimicrobial Resistance Surveillance System
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IDI	Índice de Dependência de Idosos
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRECEDE	Predisposing, Reinforcing, and Enabling constructs in Educational / Ecological, Diagnosis and Evaluation
PROCEED	Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO	World Health Organization

RESUMO

A implementação de estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados na comunidade, mais especificamente aos cuidados domiciliários, é uma problemática emergente que envolve fatores específicos relacionados com este contexto, até agora pouco discutidos. Em Portugal, estas medidas têm-se limitado ao setor da saúde, deixando um vazio no enquadramento normativo e na atribuição de recursos às diversas respostas comunitárias que intervêm na mesma área. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, por possuir competências nas áreas da colaboração intersetorial, mobilização de recursos, capacitação de grupos e de comunidades, detém uma posição privilegiada para a intervenção neste âmbito.

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, em colaboração, com a Rede Social Concelhia e foi dirigido à prevenção de infeções nos utentes dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), através da implementação de medidas de promoção da adesão à higiene das mãos nos profissionais dos SAD do setor solidário do concelho do Barreiro.

A metodologia adotada baseou-se no modelo PRECEDE-PROCEED.

A amostra foi constituída por quinze Ajudantes de Ação Direta. Foi avaliada a adesão à higiene das mãos de acordo com o método de observação da OMS e foi aplicado um questionário que permitiu identificar alguns dos fatores condicionantes da adesão à higiene das mãos – fatores predisponentes, facilitadores e de reforço.

Foram planeadas e implementadas medidas dirigidas aos fatores determinantes da adesão à higiene das mãos identificados. A intervenção baseou-se numa estratégia de metodologia múltipla que incluiu educação para a saúde, enquadramento normativo, acompanhamento e controlo evolutivo e *feedback* às equipas.

Na fase de avaliação de impacto, verificou-se a efetividade das atividades implementadas, com um aumento de 37,4% na adesão à higiene das mãos, na amostra estudada.

Palavras-chave: Controlo de Infeção, Enfermagem Comunitária, Cuidados Domiciliários.

ABSTRACT

The implementation of infection control strategies associated with community care, more specifically with home care, is an emerging problem that involves specific factors related to this context, up until now little discussed. In Portugal, these measures have been limited to the health sector, creating a legislative gap in the regulatory framework and the resource allocation to non health organizations working in the community. The Community Nursing specialist, having competencies in the areas of inter sectorial collaboration, resource mobilisation and communities and group's capacity building, holds a privileged position to intervene in this area.

The community intervention project was developed at the Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro (Barreiro Community Care Unit), in collaboration with the Municipality Social Network, and it was aimed to infection prevention among Home Support Services (HSS) users, through the implementation of measures promoting hand hygiene adherence among HSS's workers in the local social services sector.

The adopted methodology was based on the PRECEDE-PROCEED model.

The study sample enrolled fifteen Direct Care Workers. Hand hygiene adherence was measured according to the observation method proposed by the WHO, and a questionnaire was given to the workers to identify some of the factors conditioning hand hygiene adherence – predisposing, facilitating and reinforcing factors.

Some measures were planned and implemented with the goal of addressing the identified conditioning factors for hand hygiene adherence. The intervention was based on a multiple methodology approach that included health education, regulatory framework, monitoring and feedback to the teams.

During the impact evaluation, the effectiveness of the implemented activities was confirmed with an increase of 37.4 % in hand hygiene adherence, in the study sample.

Keywords: Infection Control, Community Nursing, Home Care.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Os Serviços de Apoio Domiciliário	16
1.2. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	18
1.2.1. Controlo de Infecção nos Cuidados Domiciliários	20
1.2.2. Higiene das Mãos e Prevenção de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	22
1.2.3. Intervenções de Promoção de Higiene das Mãos	26
2. QUADRO DE REFERÊNCIA NORTEADOR DA INTERVENÇÃO	28
2.1. Modelo PRECEDE-PROCEED	28
2.2. Modelo de Crenças em Saúde	32
2.3. Teoria Cognitiva Social	33
3. METODOLOGIA	35
3.1. Local de Desenvolvimento do Projeto	35
3.2. Diagnóstico de Situação	36
3.2.1. População e Amostra	37
3.2.2. Instrumentos de Colheita de Dados	38
3.2.3. Descrição dos Dados e Discussão dos Principais Resultados	40
3.2.4. Identificação e Priorização dos Problemas	43
3.2.5. Definição dos Diagnósticos de Enfermagem	44
3.3. Fixação de Objetivos	45
3.4. Seleção de Estratégias	47
3.5. Preparação da Execução e Implementação	48
3.6. Avaliação	51
3.7. Considerações Éticas	52
3.8. Limitações do projeto	53
4. CONCLUSÃO	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados: Formulário de Observação

Anexo II – Declaração comprovativa de frequência de formação para observadores no
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

Apêndice II – Enquadramento metodológico do Questionário

Apêndice III – Priorização dos problemas de Acordo com o Método de Halon

Apêndice IV – Definição de Indicadores

Apêndice V – Portfolio de atividades

Apêndice VI – Avaliação dos objetivos fixados

Apêndice VII – Autorização de estágio.

Apêndice VIII – Autorização do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, para consulta dos
relatórios de vigilância epidemiológica

Apêndice VIX – Cartas de pedido de autorização às IPSS

Apêndice X – Consentimentos informados

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas das últimas décadas bem como a modificação nas políticas e dinâmicas de funcionamento dos diferentes serviços de saúde, têm contribuído para uma alteração nas lógicas de prestação de cuidados aos cidadãos idosos, em situações de limitação funcional ou dependência de outrem. Em oposição a um sistema de saúde centrado nos cuidados diferenciados prestados em contexto hospitalar, algumas das medidas implementadas nos últimos anos, privilegiam os cuidados de proximidade, prestados na comunidade. São exemplo destas medidas, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados (Decreto – Lei nº 101/2006), das Unidades de Saúde Familiar (Decreto-Lei n.º 298/2007) e posteriormente, dos Agrupamentos de Centros de Saúde, e das Unidades de Cuidados na Comunidade (Decreto-Lei n.º 28/2008). A implementação destas medidas, bem como os diferentes tipos de respostas sociais comunitárias, nomeadamente os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), têm vindo a contribuir para a manutenção destes idosos no seu domicílio, evitando ou adiando a sua institucionalização. Esta permanência implica, contudo, a prestação de cuidados progressivamente mais complexos, trazendo, para o âmbito dos cuidados domiciliários, novas questões, nomeadamente as relacionadas com o controlo de infeção – vários estudos, têm documentado a ocorrência de surtos de doenças infecciosas associados à prestação de cuidados no domicílio, bem como o aumento da prevalência de microrganismos multirresistentes na comunidade (Friedman, 1999; Kenneley, 2012; Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003; Swanson & Jeanes, 2011). Estes fenómenos têm levado várias organizações internacionais a desenvolver e implementar estratégias de vigilância, educação e prevenção da ocorrência de infeções associadas aos cuidados na comunidade (World Health Organization (WHO), 2012).

De entre as medidas de controlo da IACS, a higiene das mãos é amplamente reconhecida como a medida isolada mais eficaz (Bloomfield, Aiello, Cookson, O’Boyle, & Larson, 2007). A campanha “*clean care is safer care*” da Organização Mundial de Saúde (OMS), contém orientações sobre as melhores práticas de higiene das mãos que são consideradas mundialmente como o *gold standard*. A campanha prevê estratégias para a promoção da higiene das mãos, baseadas na melhor evidência científica disponível e definidas de acordo

com contributos de várias áreas como o marketing ou as teorias do comportamento humano. Estas recomendações têm sido replicadas e adaptadas em instituições de todo o mundo.

Portugal aderiu à campanha da OMS em 2008. A campanha, que adotou o nome de “medidas simples salvam vidas”, decorre sob a tutela da Direção Geral de Saúde (DGS), limitando-se ao setor da saúde, pelo que não abrange os serviços de prestação de cuidados domiciliários ou de longa duração – lares e centros de dia, que estão sob a tutela dos serviços de Segurança Social. A natureza dos cuidados prestados e as características dos utentes destes serviços justifica, no entanto, o desenvolvimento de intervenções conducentes a uma maior segurança do utente, nomeadamente no que se refere ao controlo de infeção (WHO, 2012). Impõe-se, deste modo, um esforço de cooperação intersetorial que permita estender a estes serviços do setor social alguns dos programas a decorrer no setor da saúde, nomeadamente a promoção de boas práticas de higiene das mãos.

O trabalho diário numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), frequentemente em colaboração com os diferentes recursos da comunidade, permite o conhecimento das dificuldades subjacentes à adaptação de muitas das políticas de controlo de infeção, ao contexto dos cuidados domiciliários. Neste contexto, propusemo-nos desenvolver este projeto de intervenção comunitária, em articulação com o Grupo de Trabalho para as Questões dos Idosos da Rede Social Concelhia, no qual a UCC do Barreiro se encontra representada. O projeto, apresentado com o título “**mãos limpas, mãos seguras**”, teve como finalidade contribuir para a prevenção de infeções nos idosos utentes dos SAD. Tem como objetivo geral: implementar medidas de promoção da adesão à higiene das mãos nos profissionais dos SAD do setor solidário do concelho do Barreiro.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, explicitadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 128/2011), a definição de intervenções de enfermagem dirigidas a problemas de saúde de uma comunidade, devem seguir a metodologia de planeamento em saúde. Assim, no desenvolvimento e implementação do projeto de estágio foi adotada a referida metodologia, de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED, acrónimo para *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation - Policy, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development* (Green & Kreuter, 1999). Este modelo, reconhecido como “um dos modelos de referência do planeamento em saúde” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 214), propõe uma abordagem multicausal dos problemas de saúde integrando as vertentes educativa e ecológica. Em articulação com o referido modelo foram ainda mobilizadas a Teoria

Cognitiva Social de Bandura (1977) e o Modelo de Crenças em Saúde (Strecher & Rosenstock, 1997).

Na elaboração do presente relatório procurou-se relatar, com clareza e objetividade, o percurso desenvolvido. Neste sentido optou-se pela seguinte estrutura: após a introdução onde é introduzida a temática do projeto e explicitados a finalidade e objetivo geral, é feito um breve enquadramento teórico onde são abordados os principais conceitos que suportam a importância das práticas de higiene das mãos e respetiva promoção, no contexto dos serviços de apoio domiciliário. No segundo capítulo aborda-se o referencial teórico que modelou o percurso realizado. No terceiro capítulo documentam-se as diferentes fases do processo de planeamento em saúde, os procedimentos implementados, no sentido de dar resposta às questões éticas envolvidas e tecem-se considerações sobre as limitações do projeto. O último capítulo corresponde a reflexões finais sobre o percurso escolhido e o contributo deste para o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício autónomo e refletido da enfermagem na comunidade.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Os Serviços de Apoio Domiciliário

O aumento da população idosa tem-se assumido como uma tendência a nível mundial com especial incidência na Europa. Segundo o Serviço de Estatística das Comunidades Europeias, o Índice de Dependência de Idosos (IDI), que relaciona a população idosa com a população em idade ativa, era em 2010 de 25.92 prevendo-se que praticamente duplique até 2050 (EUROSTAT, 2013). Este fenómeno relaciona-se com fatores como a redução das taxas de natalidade e o aumento da esperança de vida associado à melhoria das condições de vida e aos avanços da medicina (Coimbra & Brito, 1999).

Em Portugal, os dados do Instituto Nacional de Estatística, confirmam esta tendência apontando para um IDI que subiu, na última década, de 24 em 2001 para 29 em 2011 e um índice de envelhecimento que passou de 102 para 128, no mesmo período, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012). No concelho do Barreiro, o IDI era, nos últimos CENSUS, um dos mais altos do país e o mais alto da Península de Setúbal - 30.4 (INE, 2012).

Este aumento da esperança de vida fez-se acompanhar de um aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis que pelo seu carácter debilitante, motivam o aumento do número de pessoas em situação de dependência e incapacidade, com necessidade de cuidados e apoio de terceiros para desempenhar um conjunto de tarefas básicas. A manutenção destes idosos no seu meio habitual é a abordagem preferencial na resposta às suas necessidades de apoio. Neste sentido, Coimbra e Brito referem que para “garantir ao idoso uma vida com qualidade, tão independente quanto possível, sem isolamento ou marginalização social, o mesmo deve estar integrado no seu meio familiar e comunitário” (Coimbra & Brito, 1999, p. 30). Neste contexto, os cuidados assegurados pelos SAD constituem um recurso adicional, contribuindo frequentemente para minimizar situações de isolamento ou apoiando “os cuidadores, retirando-lhes alguma sobrecarga (...) favorecendo a permanência do idoso no domicílio” (Santos, 2007, p. 5). Esta resposta social consiste,

na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou

permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito (Portaria 38/2013, p. 605).

O SAD pode ser desenvolvido sem fins lucrativos, por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ou com fins lucrativos, por entidades ou empresários em nome individual, estando, em ambos os casos sujeitos ao cumprimento de normas reguladoras comuns e sob a tutela do Instituto de Segurança Social.

Independentemente do enquadramento legal e da forma como estão organizados os diferentes tipos de cuidados e apoios prestados no domicílio, os limites entre o setor da saúde e o setor social aparecem-nos como ténues. De acordo com a OMS, cuja visão é partilhada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, um sistema de saúde define-se como “um conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção primária é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde” (DGS, 2012a, p. 11). Esta é uma visão na qual poderíamos facilmente, englobar os objetivos definidos para os SAD e que são:

- . Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias
- . Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar
- . Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais
- . Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia
- . Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização)
- . Facilitar o acesso a serviços da comunidade
- . Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores. (Portaria 38/2013)

Deste modo, reforça-se a necessidade de tornar comuns, nestas áreas de sobreposição ou complementaridade de papéis, as políticas de qualidade dos cuidados, nomeadamente as referentes à segurança dos utentes, em vigor no setor da saúde.

A atividade desenvolvida pelos profissionais dos SAD, está enquadrada por vários diplomas legais, variando mesmo a sua denominação, de acordo com o contexto em que desenvolvem a sua atividade: ajudante familiar (atividade independente ou em entidades privadas), assistente operacional (entidades estatais), ajudante familiar domiciliária (União das Misericórdias Portuguesas) ou ajudante de ação direta (IPSS). O conteúdo funcional é no entanto uniforme incluindo de um modo geral atividades de apoio ou substituição na realização das atividades funcionais e/ou instrumentais de vida diária (DL N° 141/89; DL N° 121/2008; Ministério do

Trabalho e da Segurança Social 2011; Portaria Nº 38/2013). A nomenclatura utilizada ao longo deste relatório é a de Ajudante de Ação Direta (AAD), por ser a expressão utilizada pela maioria das instituições participantes no projeto.

De uma forma geral, em todos os diplomas referidos, é focada a necessidade de formação específica para o início da atividade, não sendo, no entanto, objetivada ou estandardizada.

1.2. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

A Direção Geral de Saúde define Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como um “conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (DGS, 2008, p. 5).

Apesar de não constituir um problema novo, a IACS assume uma importância crescente em todo o mundo. Estima-se que a cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas são afetadas por algum tipo de IACS (WHO, 2009). A prevalência de IACS, nos países desenvolvidos é de 7.6%, podendo chegar a 19,1%, nos países com baixo rendimento *per capita* (WHO, 2011).

O impacto das IACS inclui aumento da morbilidade e mortalidade, aumento dos tempos de internamento e, conseqüentemente, aumento dos custos associados aos cuidados de saúde. Na Europa, as IACS associam-se a cerca de 37000 mortes e contribuem para mais cerca de 110000 a cada ano. Os custos associados estão estimados em 7 biliões de Euros, valor que inclui apenas custos diretos. Nos Estados Unidos, aproximadamente 99000 mortes foram atribuídas a uma IACS, em 2002 e o impacto económico anual foi estimado em 6.5 biliões de dólares, em 2004 (WHO, 2011). Em Portugal, o inquérito nacional de Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos, integrado no estudo europeu do European Centre for Disease Prevention and Control, realizado em maio de 2012, obteve uma prevalência de infeções hospitalares de 10.6%, face à média europeia de 6.1% (DGS, 2013). Este valor confirma a tendência crescente dos valores obtidos nos inquéritos realizados anteriormente (DGS, 2005, 2009, 2010). De realçar que estes inquéritos têm, como população alvo, os utentes internados em hospitais de agudos, pelo que não retratam as IACS associadas aos cuidados extra hospitalares.

Embora o termo IACS seja utilizado de um modo abrangente, é importante salientar que os mecanismos de transmissão de micro-organismos patogénicos associada aos cuidados de saúde, podem produzir dois resultados distintos – colonização e infeção. Enquanto a

colonização se refere à presença de micro-organismos sem invasão tecidual e sem resposta sintomática do hospedeiro, a infeção associa-se a invasão tecidual e resposta inflamatória do hospedeiro. Sendo a colonização o resultado mais frequente, ela reveste-se de grande importância, pois contribui para o aumento de resistências antimicrobianas e de reservatórios (Sax, Allegranzi, Uçkay, Larson, Boyce, & Pittet, 2007). No que diz respeito às infeções, os mecanismos de transmissão podem resultar em infeções exógenas, em particular se o utente tem condições que o tornam vulnerável ao agente implicado, ou se este é diretamente introduzido numa localização anatómica vulnerável. No entanto, a maioria das IACS é endógena, isto é, devida a micro-organismos de que o utente já era portador. Neste caso, as mãos dos profissionais parecem estar implicadas na transferência de micro-organismos de um local colonizado para um local “limpo” no mesmo utente (Sax, Allegranzi, Uçkay, Larson, Boyce, & Pittet, 2007).

Uma proporção crescente destas IACS é devida a microrganismos multirresistentes. (WHO, 2009, 2011). O European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS), é uma iniciativa internacional que fornece dados de prevalência e distribuição, validados e comparáveis, sobre microrganismos com resistências antimicrobianas clínica e epidemiologicamente relevantes, na Europa. Estes dados, disponibilizados através de um *website* interativo, confirmam a tendência de crescimento referida, sendo o dado mais preocupante, o aumento de resistência da *Escherichia coli* a todas as classes de antimicrobianos estudados pela EARSS. As taxas de prevalência de MRSA, cujos valores constituem um indicador de qualidade das intervenções de prevenção e controlo de infeção, mostram uma tendência de estabilização e mesmo de descida na generalidade dos países com a exceção de Portugal e Malta, os dois países em que a taxa é superior a 50% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013).

A crescente dimensão e impacto da IACS têm justificado uma preocupação crescente com o seu controlo, que inclui um conjunto de atividades cujos objetivos visam conhecer a verdadeira dimensão das IACS e promover as medidas necessárias para a sua prevenção, através da identificação e modificação das práticas de risco, protegendo os doentes e os profissionais e fazendo-o de uma forma custo-efetiva (DGS, 2008).

Em Portugal, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS, sob a responsabilidade da Direção Geral de Saúde, desenvolve-se nestas três vertentes:

- Vigilância epidemiológica que, exceto algumas iniciativas piloto, está circunscrita aos cuidados hospitalares;
- Formação e informação aos profissionais e público em geral;

- Desenvolvimento de políticas e de recomendações de boas práticas; (DGS, 2008).

O estudo, vigilância, prevenção e controlo de infeção associou-se desde a sua origem, aos cuidados hospitalares (Rhinehart, 2001). As alterações demográficas e nas políticas e dinâmicas de funcionamento do sistema de saúde, discutidas anteriormente, ao contribuírem para o aumento da quantidade e complexidade dos cuidados prestados na comunidade, nomeadamente no domicílio dos utentes, não têm sido acompanhadas por sistemas de monitorização e por políticas de controlo de infeção adaptadas às especificidades destes contextos (DGS, 2010; Friedman, 1999; Kenneley, 2012; Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003; Swanson & Jeanes, 2011,).

1.2.1. Controlo de Infecção nos Cuidados Domiciliários

A prevenção e controlo de infeção nos cuidados domiciliários constituem um desafio, já que as medidas de controlo de infeção definidas inicialmente no contexto dos cuidados hospitalares a doentes agudos não são diretamente adaptáveis às características específicas dos utentes e do ambiente de prestação de cuidados domiciliários.

A implementação de um sistema de vigilância epidemiológica nos cuidados domiciliários, essencial para o conhecimento da dimensão do problema e identificação de áreas prioritárias de intervenção, depara-se com diversos obstáculos – métodos de colheita de dados, perda de *follow-up* de utentes, dificuldade da reunião de dados clínicos e laboratoriais, dificuldades na obtenção de dados para cálculo de taxas de infeção e na própria definição dos critérios de infeção (Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003). Estes critérios, definidos para o contexto hospitalar, estão fortemente dependentes de dados laboratoriais, enquanto, na comunidade a abordagem às doenças infecciosas consiste, mais frequentemente, no tratamento empírico baseado na clínica (Jarvis, 2001; Rhinehart, 2001).

Por outro lado, o ambiente de prestação de cuidados domiciliários apresenta condições de imponderabilidade, nem sempre compatíveis com as normas definidas para um meio hospitalar, mais controlado. Aspetos como as condições da habitação – higiene, saneamento básico, ventilação, a presença de animais domésticos ou de crianças, os acessos e as dinâmicas familiares interferem com a capacidade dos profissionais para otimizar as práticas de controlo de infeção (Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003; Rhinehart, 2001; Swanson & Jeanes, 2011).

Um importante aspeto dos cuidados domiciliários é a colaboração de vários intervenientes como profissionais de saúde, cuidadores familiares e cuidadores formais. Deste modo,

medidas efetivas de controlo de infeção requerem, de todos os envolvidos nos cuidados, a compreensão dos princípios envolvidos e adesão às medidas de controlo propostas (Swanson & Jeanes, 2011).

Outro fator de distinção relaciona-se com o tipo de fatores de risco a que os doentes estão expostos. O risco de aquisição de IACS depende de fatores relacionados com o agente (virulência, capacidade para sobreviver no ambiente e resistências antimicrobianas), com o hospedeiro (idade avançada, imunodepressão, patologias subjacentes e desnutrição) e com o ambiente (admissões hospitalares múltiplas ou prolongadas, presença de dispositivos invasivos e antibioterapia) (WHO, 2009). No hospital, o risco de IACS para os doentes depende não só da gravidade da patologia e da exposição a medidas invasivas, mas também de riscos ambientais, como a exposição a outros pacientes e a reservatórios inanimados de agentes patogénicos hospitalares. O utente dos cuidados domiciliários tem, habitualmente, necessidade de menor intensidade de cuidados, mas pode possuir fatores de risco intrínsecos, como idade avançada, patologias crónicas ou imunossupressão (Rhinehart, 2001). No que respeita aos utilizadores dos SAD, maioritariamente idosos em situação de dependência, estes são considerados como um grupo vulnerável no que diz respeito às infeções por possuírem vários dos fatores de risco descritos como a idade, a imunodepressão, deficiente nutrição, imobilidade prolongada, presença de medidas invasivas como sondas para alimentação, cateteres vesicais, traqueostomias (Swanson & Jeanes, 2011), visitas frequentes a unidades hospitalares, as patologias múltiplas e a exposição a medicação, especialmente antibioterapias de largo espectro (Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003; Pittet et al., 2006).

Um desafio emergente na área dos cuidados domiciliários é o aumento da incidência de infeções por microrganismos multirresistentes (Friedman, 1999; Kenneley, 2012; Manangan, Pearson, Tokars, Miller, & Jarvis, 2003; Swanson & Jeanes, 2011). A nível nacional, a evidência científica nesta área é escassa, no entanto, alguns estudos demonstram que estas infeções, inicialmente limitadas ao contexto hospitalar, estão a tornar-se mais prevalentes na comunidade (Narciso, Eusébio, Fonseca, & Duarte, 2012; Nunes, 2011).

De acordo com os dados fornecidos pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (2012, 2013), durante os anos de 2011 e 2012, da totalidade dos isolamentos referentes aos micro-organismos epidemiologicamente importantes monitorizados, 41.6% e 37.2% respetivamente, foram adquiridas na comunidade. De entre estes, os microrganismos mais frequentes foram a *Escherichia coli* ESBL e o MRSA. Este grupo de doentes não está caracterizado pelo que não é possível conhecer determinantes sociodemográficos ou exposição a fatores de risco. No entanto, independente do local ou

veículo de aquisição, o isolamento destas estirpes nas primeiras horas de internamento ilustra a sua prevalência na comunidade.

No contexto de uma preocupação crescente com os aspetos descritos, torna-se premente a adaptação, ao âmbito dos cuidados domiciliários, de medidas de controlo de infeção que incluam a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, higiene e descontaminação do ambiente, assepsia, medidas invasivas, precauções com cortopercutantes, descontaminação de equipamento, identificação de infeções, vigilância, eliminação de resíduos, educação e treino (Swanson & Jeanes, 2011).

De entre as várias medidas de controlo e prevenção da transmissão de infeções, a higiene das mãos tem sido repetidamente identificada como a medida isolada mais eficaz (Bloomfield, Aiello, Cookson, O'Boyle, & Larson, 2007; Swanson & Jeanes, 2011; WHO, 2009, 2012)

1.2.2. Higiene das Mãos e Prevenção de IACS

As mãos dos profissionais de saúde constituem, reconhecidamente, o veículo mais comum de transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2009).

A associação entre a higiene das mãos durante a prestação de cuidados de saúde e a redução no risco de IACS está amplamente demonstrada (Bloomfield, Aiello, Cookson, O'Boyle, & Larson, 2007; Swanson & Jeanes, 2011; WHO, 2009, 2012), sendo mesmo esta considerada como a medida isolada mais eficaz na prevenção de IACS e na redução da disseminação de resistências aos antimicrobianos (Allegranzi & Pittet, 2009; Pittet et al., 2006). Diversos estudos têm, no entanto, demonstrado que a adesão e sobretudo, a manutenção de níveis satisfatórios de adesão a esta medida é um desafio, mesmo em contextos em que a falta de recursos não está presente (Mathai et al., 2010).

Um fator chave para a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos é assegurar uma compreensão clara do papel que as suas mãos desempenham na dinâmica da transmissão de microrganismos patogénicos, durante a prestação de cuidados. Neste contexto, Pittet e colegas criaram, em 2006, um modelo descritivo dos cinco passos sequenciais na transmissão cruzada de microrganismos patogénicos:

Presença de microrganismos na pele e superfícies próximas ao utente - Os microrganismos patogénicos estão presentes, não só nos fluidos orgânicos ou em feridas, mas também em áreas de pele íntegra. As regiões perineal e inguinal, são as mais intensamente colonizadas mas outras, como as axilas, o tronco e as extremidades superiores incluindo as mãos, estão

também, frequentemente colonizadas. Em resultado dos processos de descamação cutânea cerca de um milhão de partículas de pele, contendo microrganismos viáveis, são libertados diariamente (Noble, 1975). Assim, podemos considerar que todas as superfícies na proximidade dos utentes estão contaminadas.

Transferência de microrganismos para as mãos dos profissionais de saúde – a contaminação das mãos dos profissionais de saúde ocorre durante a prestação de cuidados, ao entrarem em contacto quer com o utente, quer com as superfícies que o rodeiam.

Sobrevivência dos micro-organismos nas mãos contaminadas - Tem sido demonstrado que estes micro-organismos têm a capacidade de sobreviver nas mãos por vários minutos após a contaminação, deste modo tanto a duração, como o tipo de cuidados prestados, influenciam o grau de contaminação das mãos dos profissionais. Há ainda a considerar que o uso de luvas não garante uma completa proteção contra a contaminação (Olsen et al., 1993 cit. por Pittet et al., 2006).

Higiene das mãos inadequada ou omissa e consequente manutenção da contaminação das mãos – esta desadequação pode estar relacionada com o tipo ou quantidade de produto utilizados, duração insuficiente e/ou técnica incorreta de higiene das mãos ou com o uso de adornos, como é o caso de anéis (Trick et al., 2003) e unhas artificiais (McNeil, Foster, Hedderwick, & Kauffman, 2001).

O último passo nesta cadeia de transmissão de infeção cruzada acontece quando as mãos contaminadas do profissional de saúde entram em contacto com outro utente ou com superfícies que este contacta.

As indicações para a higienização das mãos durante a prestação de cuidados de saúde estão intimamente relacionadas com os passos atrás descritos – o modelo descrito por Pittet e colegas (2006) prevê a existência de uma superfície dadora e de uma superfície recetora e a transição entre as duas, através das mãos. A transmissão poderá ser interrompida em qualquer ponto entre as duas superfícies através da higiene das mãos – a este ponto dá-se o nome de “oportunidade para a higiene das mãos” (Sax, Allegranzi, Uçkay, Larson, Boyce & Pittet, 2007). Estes momentos, com indicação para higienização das mãos, têm como alvo a prevenção de quatro possíveis resultados indesejáveis:

- Colonização cruzada entre utentes,
- Infeções exógenas e endógenas nos utentes,
- Infeções ocupacionais nos profissionais prestadores de cuidados
- Colonização do ambiente de prestação de cuidados ou dos profissionais.

Neste contexto, a higiene das mãos deve ocorrer não só antes e após o contacto com um determinado utente, mas também, durante a prestação de cuidados ao mesmo utente, sempre que ocorrer exposição a fluidos orgânicos ou quando se passa de uma zona potencialmente contaminada para uma zona “limpa”.

Com o objetivo de desenvolver um modelo capaz de descrever os momentos em que existe indicação para a higiene das mãos, de forma clara, centrada no utilizador e como tal, facilitadora da adesão, foi desenvolvido o modelo “My five moments for hand hygiene” (Sax, Allegranzi, Uçkay, Larson, Boyce & Pittet, 2007). O modelo pretende também constituir-se como uma ferramenta para o treino, monitorização e elaboração de relatórios de desempenho, num programa abrangente de promoção da higiene das mãos. Os momentos são apresentados de forma a coincidir com o fluxo de trabalho habitual na prestação de cuidados:

- 1. Antes do contacto com o doente.** A higiene das mãos deve ocorrer entre o último contacto com qualquer superfície fora do ambiente envolvente do utente, por exemplo a maçaneta da porta e o contacto com qualquer superfície na zona do utente ou com o próprio utente. A higiene das mãos neste momento destina-se a prevenir colonização cruzada e a infeção exógena no utente.
- 2. Antes de procedimentos assépticos,** após tocar qualquer superfície mesmo que no próprio utente ou na zona que o rodeia. A higiene das mãos neste momento destina-se a prevenir as IACS que, como foi referido anteriormente, são predominantemente de etiologia endógena. De referir que em alguns dos procedimentos assépticos, a utilização de luvas é medida *standard*, neste caso a higiene das mãos deve ser realizada imediatamente antes da colocação destas.
- 3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos.** A higiene das mãos neste momento serve dois propósitos distintos: Em primeiro lugar previne a infeção ou colonização do próprio profissional prestador de cuidados, em segundo lugar previne a transmissão de micro-organismos de zonas do corpo colonizadas para zonas limpas, no próprio utente. A utilização de luvas durante procedimentos em que exista risco de exposição a fluidos orgânicos, embora fortemente recomendada, não fornece proteção total pelo que a indicação para higiene das mãos deve ser cumprida, imediatamente após a remoção das luvas. O risco de exposição a fluidos orgânicos é distinto de situações mais raras, em que a ocorrência “mãos visivelmente sujas” obriga à higiene imediata pela técnica de lavagem. De referir que locais limpos, coincidem frequentemente com locais de risco para exposição a fluidos orgânicos, como é o caso de acessos vasculares, mucosa oral, pensos de feridas, etc.

4. **Após contacto com o doente** para prevenção da disseminação da flora de um utente para o ambiente e para proteção do próprio profissional. De referir que os profissionais prestadores de cuidados frequentemente tocam, por último, em superfícies que rodeiam o utente e não no próprio utente pelo, que este momento deve ser entendido como “após contacto com o doente ou com o seu ambiente envolvente”.
5. **Após contacto com o ambiente envolvente do doente.** Este momento é uma variação do momento quatro e ocorre quando existe contacto com qualquer superfície contaminada pela flora do utente, sem contacto direto com o mesmo, o que inclui objetos que são levados da zona do utente para ser descartados ou descontaminados.

Diversos estudos têm permitido verificar que a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos é, em geral, inferior a 50% (Pittet et al., 2006). Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, foi de 46,2% (DGS, 2010).

As razões para esta baixa adesão têm sido investigadas e incluem esquecimento, reações cutâneas aos produtos utilizados, elevadas cargas de trabalho, escassez de recursos, falta de condições ambientais facilitadoras, discordância com as normas ou falta de conhecimentos sobre as mesmas, baixa perceção de risco para os utentes, perceção de que as recomendações interferem na relação com o utente ou de que as necessidades destes devem ter prioridade, falta de tempo ou a perceção de que o uso de luvas dispensa a necessidade de higiene das mãos (Fuller et al., 2011; Mathai et al., 2010; Sax, Allegranzi, Uçkay, Larson, Boyce & Pittet, 2007; Swanson & Jeanes, 2011).

Infelizmente as indicações para a higiene das mãos em maior risco de ser negligenciadas são as destinadas a prevenir a transmissão de micro-organismos ao utente, que correspondem aos momentos – um e dois (Allegranzi & Pittet, 2009).

A adoção de soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) é considerada como o método preferencial para a higiene das mãos na maioria das situações de prestação de cuidados (WHO, 2009). Esta recomendação baseia-se na evidência de melhor eficácia microbiológica, disponibilidade no local de prestação de cuidados proporcionado melhor acessibilidade, menor gasto de tempo na técnica de higiene das mãos (cerca de metade do tempo gasto com a lavagem das mãos) e melhor tolerância cutânea (Picheansathian, 2004). A adoção desta recomendação minimiza algumas das barreiras identificadas, constituindo-se como um fator facilitador para a melhoria da adesão à higiene das mãos. No entanto, experiências anteriores têm demonstrado que medidas isoladas, ainda que por vezes se associem ao aumento nas

taxas de adesão numa fase inicial, não têm mostrado sucesso na manutenção dessa melhoria ao longo do tempo (Allegranzi & Pittet, 2009; Pittet, 2002).

Dada a complexidade dos comportamentos relacionados com a higiene das mãos e a influência de numerosos fatores externos, as intervenções comportamentais dirigidas à promoção de boas práticas nesta área deverão incluir conjuntos de medidas usadas em combinação, de modo a obter um impacto superior ao que seria obtido através do seu uso isolado (Aboelela, Stone & Larson, 2007)

1.2.3. Intervenções de Promoção de Higiene das Mãos

Parece claro que tanto as atitudes dos profissionais de saúde relativamente à higiene das mãos, como as dinâmicas envolvidas nas mudanças de comportamento, são complexas e sujeitas à influência de uma multiplicidade de fatores internos (individuais) e externos (ecológicos). Neste contexto, vários autores têm vindo a defender que qualquer medida isolada destinada a influenciar mudanças de comportamento nesta área, será ineficaz exceto se integrada numa estratégia multimodal que combine educação, motivação e mudança no sistema (Aboelela, Stone & Larson, 2007; Pittet, 2002; Wilson, Jacob, & Powell, 2011; WHO, 2009, Rosenthal et al, 2013).

As recomendações da OMS sobre as melhores práticas de higiene das mãos e estratégias de melhoria (WHO, 2009) são consideradas mundialmente como o *gold standard* e têm vindo a ser adotadas em centenas de instituições de saúde em todo o mundo. Apesar de terem sido desenvolvidas para o contexto hospitalar, tem surgido interesse crescente sobre a possibilidade da sua aplicação noutros contextos, nomeadamente nos cuidados comunitários e domiciliários. Neste sentido, a OMS publicou em 2012 um guia para a sua aplicação no contexto dos cuidados ambulatoriais, cuidados domiciliários e instituições de cuidados de longa duração (WHO, 2012). Neste documento, é explicitado que as recomendações se dirigem “a todos os indivíduos (habitualmente profissionais de saúde, mas também, nalguns contextos, pessoas indiferenciadas) que forneçam cuidados de saúde em regime de ambatório, instituições prestadoras de cuidados de longa duração ou no domicílio” (trad. do autor) (WHO, 2012, p. 9).

A campanha prevê a implementação de uma estratégia multimodal, considerada pela OMS como um método fidedigno para proporcionar melhoria sustentada da adesão à higiene das mãos, nas unidades de saúde. A estratégia é constituída por cinco componentes:

1. Mudança no sistema (disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) no local da prestação de cuidados e acesso a lavatórios, sabão e toalhetes descartáveis);
2. Formação / educação
3. Observação e informação de retorno;
4. Utilização de lembretes no local de trabalho
5. Cultura institucional de segurança

O modelo “cinco momentos”, central nesta campanha, constitui um modelo descritivo das indicações e oportunidades para a higiene das mãos.

Na campanha são explicitados alguns princípios fundamentais, nomeadamente:

- Realização da higiene no local e momento da prestação de cuidados;
- Utilização das Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA) como primeira escolha para a higiene das mãos, desde que estas não se encontrem visivelmente sujas;
- A higiene das mãos por lavagem com água e sabão está indicada em situações em que as mãos se encontrem visivelmente sujas. Em casos de possível exposição a micro-organismos esporulados, nomeadamente durante surtos de *Clostridium difficile*, este deverá ser o método selecionado uma vez que, nestes casos a SABA é ineficaz. A lavagem das mãos está, também, indicada em situações sociais e à chegada e saída do trabalho.

Em Portugal, a Campanha Nacional de Higiene das Mãos, adotou a denominação “medidas simples salvam vidas” e é desenvolvida sob a responsabilidade da Direção Geral de Saúde, no contexto do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e está implementada nos diversos níveis de cuidados de saúde. A documentação da campanha não inclui recomendações referentes aos cuidados domiciliários prestados no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e da Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Os cuidados de saúde prestados no contexto da rede solidária – lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário – por funcionarem na dependência do Ministério da Segurança Social, não são alvo da referida campanha. De salientar que o enquadramento legislativo destas instituições não faz referência a políticas de controlo de infeção.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA NORTEADOR DA INTERVENÇÃO

2.1. Modelo PRECEDE-PROCEED

Como modelo orientador do presente projeto, foi adotado o PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 1999). Trata-se de um modelo de planeamento, amplamente difundido no âmbito da intervenção comunitária a nível mundial, com numerosos exemplos da sua aplicação, nomeadamente na área do controlo de infeção.

A utilização do modelo integra as vertentes educativa e ecológica e permite uma abordagem sistémica que valoriza a participação comunitária. Partindo da definição de promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Organização Mundial de Saúde, 1986), os autores referem que, sempre que os determinantes são controláveis ao nível individual, o controlo deve ser exercido por cada indivíduo. No entanto, em certos aspetos mais complexos que afetam a saúde de outros, o controlo deve partir de decisões ou ações da comunidade (Green & Kreuter, 1999). Neste sentido, sabendo que uma parte importante das medidas envolvidas nas campanhas de prevenção de infeção passa, necessariamente, pela instituição de políticas e normas de atuação, a perspetiva de participação comunitária é de primeira importância, já que, como referem Loureiro e Miranda “nas sociedades democráticas, as estratégias de intervenção ou as políticas provenientes do nível central, têm poucas hipóteses de ser efetivadas, se as pessoas a serem por elas afetadas não participarem ou não compreenderem bem os seus fundamentos e objetivos” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 211).

A componente de avaliação do modelo – PRECEDE passa pela avaliação de múltiplos fatores que podem, potencialmente, influenciar os comportamentos de saúde e constitui-se por cinco etapas.

Na fase de **diagnóstico social**, a atenção inicial é dirigida aos resultados desejados, encorajando o questionamento de *porquê* em vez de *como*. Esta metodologia impede a abordagem segundo a qual, face a um problema detetado, se implementam imediatamente

intervenções recomendadas por experiências anteriores ou pelas “melhores práticas” estabelecidas, uma vez que esta abordagem não se adequa à variabilidade inerente aos comportamentos, comunidades e organizações humanas. Assim, o que da perspectiva do planeamento parece um ponto de partida errado, revela-se o correto: começando pelo resultado final e seus determinantes, isto é, fatores que o precedem, parte-se para o planeamento das intervenções.

No **diagnóstico epidemiológico** procede-se à recolha e análise de dados epidemiológicos que possam contribuir para a identificação da magnitude do problema, das suas consequências e potenciais causas. Para o efeito, podem ser utilizadas diferentes vias que podem incluir, mas não limitar-se, ao uso de estudos anteriores sobre o assunto ou análise do contexto social em que um determinado problema ocorre. A avaliação epidemiológica pode, também, contribuir para o estabelecimento de prioridades ao fornecer dados sobre dimensão, impacto, subgrupos populacionais em risco e fatores de risco modificáveis, sensibilidade às diferentes intervenções, etc.

Na terceira fase do modelo, procede-se à determinação e priorização dos fatores de risco ambientais e comportamentais, que podem estar relacionados com os problemas identificados no diagnóstico social e epidemiológico. A **avaliação ambiental** pressupõe a análise dos fatores do ambiente físico e social que podem estar relacionados com os comportamentos identificados no **diagnóstico comportamental** ou diretamente com os resultados esperados.

No **diagnóstico educacional e ecológico ou organizacional** são identificados os fatores para os quais devem ser direcionadas as estratégias de intervenção, de modo a iniciar e manter o processo de mudança comportamental e ambiental. Importa, nesta fase, privilegiar uma ótica de multicausalidade, em que qualquer comportamento é determinado pela conjugação de três tipos de fatores:

- Fatores predisponentes ou cognitivo-motivacionais – são fatores que antecedem o comportamento e explicam a motivação para o mesmo. Estes fatores incluem os conhecimentos e consciência, as crenças, os valores, as atitudes, a perceção de auto eficácia e a intenção. De acordo com Loureiro e Miranda (2010), o Modelo de Crenças em Saúde, por explicar aspetos como as perceções de risco, de gravidade e de benefício, é um dos principais modelos utilizados nesta fase do diagnóstico;
- Fatores facilitadores – são, também, fatores antecedentes ao comportamento e permitem a concretização da motivação. Incluem os recursos, as competências e o ambiente dos serviços;

- Fatores de reforço – são fatores que sucedem o comportamento contribuindo para a estimulação ou inibição dos comportamentos por modelação. Incluem aspetos como a expectativa de obtenção de benefícios individuais ou sociais – reconhecimento e aceitação pela comunidade ou pelas redes de apoio de referência – família, pares, chefias, etc.

Após a identificação de todos os fatores intervenientes, prioridades e objetivos, passa-se do diagnóstico ao desenho do projeto ou programa de intervenção. O sucesso na fase de implementação dependerá, porém, da identificação prévia de políticas, normas, regulamentos, barreiras ou fatores de suporte organizacional que possam influenciar o sucesso da intervenção. Neste ponto, a última fase do modelo PRECEDE, o **diagnóstico político e administrativo** marca o ponto de viragem para as fases de implementação e avaliação, constituindo o “PRO” - *Policy, Regulatory, Organizational*, da componente PROCEED do modelo. Nesta fase, tendo em conta os recursos e barreiras identificados, podem ser definidas políticas organizacionais ou regulamentos internos, redesenhadas estruturas ou redistribuídas responsabilidades. É também nesta fase que são detetadas eventuais necessidades de educação dos decisores organizacionais ou de renegociação de acordos de parceria. As alterações implementadas nesta fase constituirão o suporte para o desenvolvimento de medidas educacionais e ambientais. Deste modo, assegura-se que a intervenção identificada, nas fases de diagnóstico, como adequada às necessidades e circunstâncias de uma determinada comunidade, será também realizável, compreendida e aceite pela mesma.

No que respeita à definição de estratégias de intervenção, o modelo é pouco diretivo. Segundo os autores, a seleção de metodologias de intervenção deve basear-se em modelos ou teorias de mudança de comportamento que melhor se adequem aos problemas identificados e priorizados e aos objetivos definidos.

No contexto da operacionalização do modelo em diferentes contextos, os autores definem os princípios que deverão orientar intervenções dirigidas a mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde:

- O princípio do diagnóstico educacional define que a primeira tarefa para mudar um comportamento é entender as suas causas. Este conhecimento permite a escolha de uma combinação de intervenções dirigidas aos fatores que antecedem e condicionam o comportamento.
- O princípio hierárquico afirma a existência de uma ordem natural na sequência dos fatores que influenciam o comportamento. Segundo este princípio, as intervenções dirigidas a mudanças de comportamento, devem ser inicialmente direcionadas aos fatores predisponentes, depois aos fatores facilitadores e, por fim, aos fatores de reforço.

- O princípio da aprendizagem cumulativa postula que para obter mudanças de comportamento, devem ser planejadas uma série de experiências de aprendizagem cuja sequência deve ter em conta experiências de aprendizagens prévias e contextos aos quais os sujeitos estão expostos.
- Segundo o princípio da participação, as perspectivas de sucesso em qualquer tentativa de mudança de comportamentos em profissionais de saúde serão maiores se estes tiverem ajudado a identificar as necessidades de mudança e os métodos que lhes permitirão efetivar essa mudança.
- O princípio da especificidade situacional refere que não existem metodologias de intervenção dirigidas às mudanças de comportamentos, inerentemente superiores a outras. A escolha de estratégias deverá depender sempre das circunstâncias, da população alvo, do *timing*, e das características do agente de mudança.
- O princípio da metodologia múltipla deriva do primeiro princípio, que refere que cada comportamento se associa a vários fatores condicionantes. Assim, para cada um dos fatores predisponentes, facilitadores ou de reforço, identificados, deverá ser escolhido o método ou componente de um programa multimodal de mudança de comportamento.
- O princípio da individualização refere-se à adaptação das experiências de aprendizagem a cada indivíduo. Na prática, resulta da aplicação dos princípios de aprendizagem cumulativa, participação e especificidade situacional.
- O princípio do *feedback* assegura que o sujeito da intervenção recebe informação sobre o seu progresso, permitindo-lhe adaptar tanto o processo de aprendizagem como as respostas comportamentais pretendidas à sua situação e ao seu ritmo.

As três últimas fases do modelo focalizam-se na avaliação, que consiste na “valoração da importância do programa para a resolução dos problemas de saúde encontrados” (Brito, 2009, p. 143). Em programas de promoção da saúde a avaliação tem, como objetivo primordial, ajudar a melhorar e adaptar um programa às circunstâncias reais. Um programa de promoção de saúde pode ser avaliado a três níveis: processo, impacto e resultados. Os indicadores e metodologias para detetar e comparar estes indicadores variam em cada nível.

A **avaliação de processo** constitui o primeiro dos três níveis, já que os dados relativos ao decorrer do programa são os primeiros a estar disponíveis. Nesta fase, a avaliação incide sobre as diferentes contribuições para o programa, as atividades implementadas e a participação das partes interessadas. A informação produzida por esta avaliação, também

denominada como avaliação formativa, deve fornecer uma imagem clara e descritiva da qualidade das diferentes atividades implementadas, permitindo a deteção precoce de problemas de implementação e facilitando a realização de ajustes pontuais.

A **avaliação de impacto** incide nos efeitos imediatos do programa sobre o comportamento desejado ou sobre os seus fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. A especificidade e clareza dos objetivos comportamentais e educacionais, definidos na sequência das fases três e quatro do modelo (diagnóstico comportamental, ambiental, educacional e organizacional) fornecem os dados para a avaliação do impacto do programa.

O terceiro nível de avaliação é a **avaliação de resultados** cujos objetos de interesses são o estado de saúde e a qualidade de vida, tipicamente expressos por indicadores como as taxas de morbilidade, mortalidade, incapacidade ou outros indicadores sociais numa determinada população.

2.2. Modelo de Crenças em Saúde

De acordo com Triandis, crença consiste na “convicção de que um fenómeno ou objeto é verdadeiro ou real” (Triandis, 1977 cit. por Loureiro & Miranda, 2010, p. 240). Segundo Pajares, as crenças formam-se cedo na vida, no seio da família ou comunidade, nem sempre são apoiadas em observações objetivas ou lógicas confiáveis (Pajares, 1992 cit. por Lefrancois, 2008).

O Modelo de Crenças em Saúde é uma das mais difundidas abordagens aos comportamentos relacionados com a saúde. Inicialmente desenvolvido por Hochbau na década de 1950, numa tentativa de explicar a baixa adesão a programas de rastreio de doenças, sofreu várias adaptações ao longo dos anos para aplicação em diferentes áreas como a adesão a programas de prevenção e rastreio de doenças e adesão a planos terapêuticos (Hochbau, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974 e Becker, 1974 citados por Strecher & Rosenstock, 1997).

De acordo com este modelo, a adoção de um comportamento de saúde é mais valorizada por um indivíduo ou grupo, quando ocorrem em simultâneo três classes de fatores:

- Em primeiro lugar, deve existir motivação suficiente ou algum tipo de preocupação relacionada com a saúde para que esta se torne numa questão relevante.
- O indivíduo ou grupo acredita que o comportamento a adotar incide sobre um problema que pode afetá-lo particularmente (perceção de suscetibilidade ou risco) e que pode ter consequências graves – (perceção de severidade).

- O indivíduo ou grupo reconhecem que o comportamento a adotar seria benéfico na redução do risco percebido (percepção de benefício), a um custo aceitável para si. Este custo subjetivo refere-se a obstáculos percebidos, desconforto, gastos financeiros ou outros (percepção de barreiras) que devem ser superados para possibilitar a adesão ao comportamento proposto.

Uma variável introduzida posteriormente é aquilo a os autores chamam “pistas” – fatores externos desencadeadores da ação. Estas pistas são acontecimentos como a doença de um familiar ou amigo, o conselho de um profissional de saúde, uma campanha ou outros que influenciam no sentido de uma determinada ação de saúde (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

2.3. Teoria Cognitiva Social

Alguns dos processos de aprendizagem envolvidos nos processos de saúde doença são explicados pelas teorias de aprendizagem social, que consideram que as aprendizagens decorrem sobretudo de processos de interação. De entre estas, destaca-se a Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura (Bandura, 1977), na qual o autor foca a aprendizagem por observação de modelos que podem ser reais ou simbólicos e que têm uma função informativa, não só sobre o comportamento em si, mas também sobre as suas consequências. As funções do modelo evidenciam-se em três classes de resposta: o aparecimento de novos comportamentos (efeito modelador), o aparecimento ou supressão de comportamentos desviantes (efeito inibidor ou desinibidor) e o aparecimento de respostas não diretamente emparelhadas com o comportamento do modelo, mas relacionadas com ele (efeito elicitor). Os comportamentos imitativos são reconhecidos como comportamentos emitidos ou operantes, conceito introduzido por Skinner no seu modelo de condicionamento operante (Skinner citado por Lefrançois, 2008, p. 380) e como tal a sua aprendizagem está associada ao reforço que pode ser direto ou um tipo de reforço em segunda mão a que Bandura chamou reforço vicário. Este tipo de aprendizagem envolve processos de atenção, retenção, reprodução do comportamento e motivação.

Por outro lado, Bandura defende que cada indivíduo não se limita a ser moldado por influências externas, ele é agente da sua própria mudança na medida em que a procura, simboliza, antecipa as consequências e reflete sobre os seus comportamentos ou sobre a sua eficiência. Podemos, nesta perspetiva, distinguir três aspetos da atuação humana: a

intencionalidade que, por sua vez implica planeamento e antecipação, isto é, previsão e a autorreflexão.

Um dos aspetos mais importantes do auto conhecimento é a avaliação pessoal de competência, ou auto eficácia, que influencia profundamente a mobilização e persistência individual para a ação e que pode ser influenciada por fatores cognitivos, pelos efeitos dos comportamentos, pela comparação com os comportamentos de outros, por efeitos de persuasão ou efeitos emotivos. Como realçam Kretzer e Larson, a “auto eficácia é, talvez, uma das mais importantes variáveis relacionadas com a modificação de comportamento e tornou-se num constructo integrante de várias outras teorias do comportamento” (trad. do autor) (Kretzer & Larson, 1998, p. 248).

Por último, a teoria de Bandura descreve a relação entre fatores ambientais, pessoais e o comportamento, denominando este complexo de influências mútuas como *determinismo recíproco*. Esta dinâmica pode, também, ser observada ao nível dos grupos, nos quais o comportamento de cada elemento influencia o grupo como um todo e os diferentes elementos deste. Igualmente cada integrante é influenciado pelo contexto grupal e fatores externos na medida em que, na troca de experiências com os outros, observa, identifica-se e aprende o que julga ser relevante (Bandura, Azzi, & Ploydoro, 2008; Bandura, 2004).

3. METODOLOGIA

No seu prefácio à obra de Imperatori e Giraldes (1993), Carlos Matos refere que planejar pressupõe que “a realidade não é imutável nem tão pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por fatores incontroláveis” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 3). A definição de planeamento em saúde não é consensual, mas o planeamento como um conjunto de ações racionais orientadas para um estadio diferente, considerado como desejável, com a máxima adaptação dos meios aos fins, constitui uma visão que parece reunir consenso (Brissos, 2004; Loureiro & Miranda, 2010). O planeamento constitui um processo permanente contínuo e dinâmico que determina o percurso a seguir. Este, pressupõe a existências de diferentes etapas que é necessário, embora nem sempre fácil, percorrer, sob pena do insucesso na concretização dos objetivos estabelecidos (Tavares, 1990). Assim, a elaboração e implementação do presente projeto de estágio seguiu os passos da metodologia de planeamento em saúde – diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, definição de estratégias, preparação operacional, avaliação e controlo (Tavares, 1990). O presente capítulo pretende retratar, a forma como essas etapas foram sendo cumpridas ao longo dos dois períodos de estágio a que se refere o presente relatório.

3.1. Local de Desenvolvimento do Projeto

O projeto foi elaborado e implementado em duas fases, correspondentes aos estágios das unidades curriculares de Opção II e Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família que decorreram, respetivamente, entre 7 de março e 12 de julho de 2012 e entre 1 de outubro de 2012 e 15 de fevereiro de 2013. Ambos os estágios decorreram na UCC do Barreiro. Esta UCC está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho e dá resposta, na sua área específica de atuação, aos residentes, ainda que temporariamente, na área geográfica do concelho do Barreiro, abrangendo uma população de 79.012 residentes (INE, 2012). Da sua carteira de serviços fazem parte diversos acordos de parceria, entre os quais a participação na Rede Social do concelho. Esta participação concretiza-se através da participação, como interlocutor da área da saúde, de uma das enfermeiras da UCC, no Grupo de Trabalho para as

Questões dos Idosos e tem sido operacionalizada, de acordo com a carteira de serviços das UCC definida pela legislação em vigor, através da promoção, organização e participação na formação técnica externa na área do apoio domiciliário (Despacho n.º 10143/2009).

3.2. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação que, segundo Tavares (1990), determina a pertinência de um projeto e corresponde à identificação dos problemas e necessidades de saúde da população “beneficiária”, o necessário para corrigi-lo, os precursores do problema e as suas eventuais consequências (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

Devido às características do projeto – contexto e dimensão – as fases de diagnóstico social e epidemiológico, bem como a identificação dos fatores não comportamentais associados ao controlo e prevenção de IACS nos cuidados domiciliários, basearam-se sobretudo, na consulta documental que ficou explanada no capítulo de enquadramento teórico.

Após esta consulta foram realizadas diversas atividades junto dos parceiros – Rede Social e IPSS com valência de SAD, para validação da aceitabilidade do projeto e inventariação de eventuais recursos. Deste modo, o projeto foi inicialmente apresentado aos Grupo de Trabalho para as Questões dos Idosos, numa das suas reuniões trimestrais, tendo ficado decidido que a operacionalização do mesmo seria feita através de contacto direto com elos de ligação, a nomear por cada uma das instituições participantes.

Numa fase inicial, foram estabelecidos contactos com todas as instituições com valência de SAD – três IPSS e uma Irmandade das Misericórdias. Os elos de ligação nomeados pelas instituições foram Técnicas de Serviço Social responsáveis pela Direção Técnica de três das instituições e pela coordenação do SAD de uma instituição.

Os contactos foram inicialmente presenciais, mas posteriormente foram também telefónicos ou por correio eletrónico, o que facilitou a comunicação, sem sobrecarregar os elementos das diversas instituições.

Numa primeira fase destes contactos foram expostos o conceito de IACS, o modo como este se relaciona com os utentes dos SAD e o objetivo de promoção da higiene das mãos como medida preventiva. Durante estes primeiros contactos, os parceiros mostraram-se recetivos e motivados. Verificou-se que o conceito de IACS associada à prestação de cuidados domiciliários fazia parte das preocupações dos serviços, o que se traduzia pela existência de

normas de fardamento e de uso de equipamento de proteção individual. Foi também possível verificar que todas as instituições dispunham de SABA, que havia sido adquirida no contexto dos planos de contingência da Gripe A em 2009, mas que o seu uso não estava difundido e que não existiam quaisquer normas internas sobre higienização das mãos.

Nas fases de diagnóstico comportamental, educacional e ecológico, optou-se por uma abordagem do tipo descritivo que, de acordo com Fortin, visa “descriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo” (Fortin, 1999, p. 162). Nesta fase, uma das instituições não respondeu ao pedido de aplicação de instrumentos de colheita de dados, pelo que foi excluída.

3.2.1. População e Amostra

A população alvo foi constituída pelas AAD dos SAD do Barreiro a exercer funções nas quatro instituições do setor solidário, que prestam este tipo de serviço no Barreiro e que responderam afirmativamente ao pedido de autorização para a colheita de dados (N=60).

O método de amostragem foi acidental. Este tipo de amostra é definido por Fortin como sendo “formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 1999, p. 208). A amostra foi constituída por 25% da população alvo (N=15). A definição deste tamanho amostral teve em consideração aspetos como o desenho de estudo, o tempo disponível para a colheita de dados e a metodologia de colheita de dados a utilizar.

Para seleção da amostra foram seguidos os seguintes procedimentos: de entre a carteira de utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Barreiro, foram selecionados os utentes que usufruíam de apoio domiciliário prestado pelas instituições participantes e, em articulação com as coordenações dos SAD, foram agendadas visitas para realização das primeiras sessões de colheita de dados – observação não participada. Os sujeitos foram sendo incluídos com o decorrer das referidas sessões, “até a amostra atingir o tamanho desejado” (Fortin, 1999, p. 208). A não assinatura do consentimento para a realização da colheita de dados, foi o único de critério definido para exclusão da amostra.

A amostra foi constituída por 15 AAD, todas do sexo feminino com idades entre os 31 e os 55 anos ($hi=24$) com uma mediana de 41 anos.

3.2.2. Instrumentos de Colheita de Dados

Com o objetivo de conhecer a adesão às práticas de higiene das mãos e os fatores predisponentes, facilitadores e de reforço para a promoção dessas práticas, foram planeados dois momentos de colheita de dados.

Numa primeira abordagem ao diagnóstico comportamental, foi avaliada a adesão à higiene das mãos durante as atividades de apoio domiciliário, de acordo com as indicações definidas no modelo conceptual “cinco momentos” da OMS (Sax, Allegranzi, Uchay, Larson, Boyce & Pittet, 2007). Esta avaliação foi feita através da realização de sessões de observação sistemática segundo o método de observação da higiene das mãos da OMS (Sax, Allegranzi, Chraïti, Boyce, Larson, & Pittet, 2009). Segundo António Gil este tipo de observação é “frequentemente utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenómenos (...) o pesquisador sabe quais os aspetos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação” (Gil, 1989, p. 109). Para registo da observação foi utilizado o “Formulário de Observação” da campanha de melhoria da higiene das mãos da OMS, na sua versão portuguesa, disponibilizada para livre utilização, no *site* do Plano Nacional de Prevenção e Controlo de IACS (DGS, 2012b) (Anexo I).

Para assegurar o rigor e consistência na utilização do referido formulário e respetiva extração de dados, a autora frequentou formação específica, proporcionada pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Anexo II).

As sessões de observação realizaram-se através do acompanhamento de visitas domiciliárias de equipas de apoio domiciliário e tiveram, em média, a duração de 42 minutos, tendo sido realizadas entre 21 de junho e 1 de julho de 2012.

Num segundo momento, para operacionalizar as fases de diagnóstico, educacional e ecológico, planeou-se a aplicação de um questionário a todas as AAD da amostra. Apesar de uma extensa pesquisa, não foi possível encontrar qualquer questionário que incidisse sobre a temática da promoção da higiene das mãos no contexto dos cuidados comunitários. Deste modo, optou-se pela construção de um instrumento de colheita de dados, que teve como ponto de partida a adaptação do questionário, dirigido aos profissionais de saúde, da campanha de melhoria da higiene das mãos da organização Mundial de Saúde, na sua versão portuguesa – “perceção e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos e suas

implicações nas infeções associadas aos cuidados de saúde”, disponível no site do Programa Nacional de Controlo IACS (DGS, 2012b).

Uma primeira versão do questionário construído, foi apresentada para apreciação pela enfermeira orientadora no local de estágio. Sendo esta enfermeira a representante da área da saúde no Grupo de Trabalho para as Questões dos Idosos da Rede Social Concelhia e responsável pela realização de numerosas formações às profissionais das IPSS, considerou-se que detém conhecimento adicional sobre o grupo. Após se proceder às alterações sugeridas, foi efetuado um pré teste, através da aplicação da versão obtida, junto de um grupo de AAD (N=10) de um SAD de um concelho limítrofe.

Numa primeira fase da realização do referido pré teste, verificou-se a dificuldade dos sujeitos na leitura e interpretação do questionário, tornando impossível o seu autopreenchimento, pelo que se optou pela aplicação do mesmo, por “entrevista”. Esta técnica corresponde a uma entrevista estruturada que, de acordo com António Gil, se desenvolve “a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados” (Gil, 1989, p. 117). Quando a entrevista é totalmente constituída por perguntas fechadas, com alternativas de resposta previamente estabelecidas, aproxima-se do questionário, obedecendo a construção de ambos, às mesmas regras. (Gil, 1989; Fortin, 1999). Ao longo do presente relatório, por uma questão de continuidade e clareza, continuar-se-á a utilizar o termo “questionário”.

Na sequência do pré teste realizado, foram retiradas algumas perguntas e alteradas outras, segundo dificuldades e sugestões referidas pelos sujeitos. A versão resultante foi novamente apreciada pelas duas orientadoras de estágio, não tendo sido sugeridas quaisquer alterações. Esta versão final encontra-se em anexo (Apêndice I). À exceção das perguntas de caracterização sociodemográfica, as perguntas são fechadas, com resposta dicotómica ou segundo escalas gráficas (Fortin, 1999).

Embora não tivesse sido possível aceder ao referencial teórico subjacente à construção do questionário de partida, verificou-se a existência de compatibilidade com o referencial teórico do projeto. Esta compatibilidade encontra-se ilustrada em quadro anexo a este relatório (Apêndice II)

A aplicação dos questionários realizou-se nas instalações das instituições participantes, em datas previamente agendadas para o efeito. A aplicação do questionário demorou em média 20 minutos e foi realizada entre os dias 11 e 19 de julho de 2012. Foram aplicados apenas 13 questionários, por motivo de férias de 2 dos sujeitos.

3.2.3. Descrição dos Dados e Discussão dos Principais Resultados

O tratamento dos dados obtidos nos dois momentos de colheita de dados foi feito recorrendo à estatística descritiva, utilizando frequências e, no caso das observações, frequências relativas. Para as variáveis contínuas foi utilizada, como medida de dispersão a amplitude (hi) e como medida de tendência central, a mediana (M_d) que, de acordo com Fortin (1999) é mais indicada em amostras pequenas, nas quais a média demonstra ser muito sensível a valores extremos.

Na primeira fase do diagnóstico comportamental, que correspondeu ao primeiro momento de colheita de dados – observação não participada, foram acompanhadas quinze (15) visitas de apoio domiciliário, durante as quais foram realizadas vinte e uma (21) observações, sendo seis (6) das profissionais observados em mais do que uma ocasião. Foram observadas cinquenta e oito (58) oportunidades para higienização das mãos relativamente às quais foram realizadas dezoito (18) ações de higienização das mãos, o que corresponde a uma taxa de adesão à higiene das mãos de 31%. Na totalidade das ações observadas, o método de higiene das mãos utilizado foi a lavagem.

Quando calculada a taxa de adesão de acordo com as diferentes indicações para higiene das mãos, verifica-se a existência de taxas de adesão muito baixas (nulas na amostra e ocasiões observadas) nos momentos 1 – “antes do contacto com o utente” e 3 – “após risco de exposição a fluidos orgânicos”. Os dados relativos ao momento 2 – “antes da realização de um procedimento limpo ou asséptico” são considerados não significativos uma vez que apenas surgiram duas oportunidades. A maior taxa de adesão – 66.67% verificou-se no momento 4 – “depois do contacto com o utente”.

Relativamente aos dados obtidos através da aplicação do questionário, verificou-se que sete (7) sujeitos referem ter frequentado ações de formação sobre prevenção de infeção e nove (9) sujeitos referem frequência de formação sobre higiene das mãos. Dos treze (13) sujeitos, doze (12) classificam o grau de importância da higiene das mãos na prevenção de infeções, como muito elevado. No entanto, a sua perceção de risco de infeções cruzadas associadas aos cuidados de apoio domiciliário, para os utentes varia entre o “muito baixo” e “algum risco” – doze (12) respostas. No que respeita à perceção de risco equivalente para as próprias profissionais, as respostas tiveram uma maior variação, mas as maiores frequências encontraram-se nas categorias de “algum risco” e “risco elevado” – oito (8) respostas.

No que respeita às questões de avaliação de conhecimentos sobre higiene das mãos, noventa e seis (96) respostas (que correspondem a 92%) foram corretas. O maior número de respostas erradas relacionou-se com a técnica de utilização da SABA – quatro (4) respostas, e com a utilização de unhas artificiais – três (3) respostas.

As respostas relativas à perceção de importância atribuída à higiene das mãos por utentes, colegas e chefias foram muito variáveis, no entanto foi possível verificar uma maior concentração – vinte e nove (29) das trinta e oito (38) respostas, nas categorias “alguma” – seis (6) respostas; “elevada” – sete (7) respostas e “muito elevada” dezasseis (16) respostas.

Quando solicitadas a fazer a sua autoavaliação (entre 1 e 10), relativamente ao desempenho na higiene das mãos, esta foi, de uma forma geral, elevada ($M_d=8$) variando entre o 4 e o 10 ($hi=6$). De entre as onze (11) AAD que não se autoavaliaram com a pontuação máxima, oito (8) referem ter intenção de melhorar o seu desempenho. Das três (3) AAD que negam essa intenção, apenas uma (1) refere não dispor de condições para melhorar.

Relativamente à fricção antisséptica das mãos, apenas uma (1) das entrevistadas refere a não disponibilização de SABA, pela instituição. No entanto, três (3) AAD referem não utilizar habitualmente o produto e, das oito (8) que referem a sua utilização, cinco (5) referem não o transportar consigo para o local de prestação de cuidados.

Relativamente às práticas autorrelatadas de higiene das mãos, de acordo com as indicações preconizadas pelo modelo conceptual dos “cinco momentos”, os sujeitos referem uma elevada adesão à higiene das mãos, não confirmada pelas taxas observadas durante o primeiro momento de colheita de dados. Nas respostas a esta questão há a realçar a baixa adesão nos momentos 1 - antes do contacto com o utente e no momento 3 – após contacto / risco de contacto com fluidos orgânicos. Relativamente ao método de higiene das mãos utilizado foi predominantemente a lavagem, limitando-se a fricção com SABA às situações exteriores aos cuidados, em que estaria indicada apenas uma lavagem social. Nestes momentos é referido com alguma frequência a utilização dos dois métodos em associação (32% das respostas em que foi realizada a higiene das mãos).

No que respeita às questões relacionadas com perceção de eficácia de medidas de promoção da higiene das mãos, as intervenções propostas foram, de um modo geral, consideradas adequadas com exceção do convite à participação dos utentes. Apesar de uma distribuição uniforme das respostas pelas medidas propostas, as que reuniram maior número de respostas nas categorias de eficácia elevada e muito elevada foram o apoio e promoção pelas chefias – treze (13) respostas, o fornecimento de embalagens de bolço de SABA – doze (12) respostas, a formação e treino e o reforço positivo entre pares - ambas com onze (11) respostas.

Discussão dos resultados

O diagnóstico comportamental revela, em primeiro lugar uma baixa adesão à higiene das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário.

Considerando que o comportamento humano pode ser explicado em função da influência coletiva dos três tipos de fatores propostos por Green e Kreuter (1999) – facilitadores, predisponentes e de reforço, procurou-se fazer uma avaliação destes fatores.

Relativamente aos **fatores facilitadores** é de referir a existência de condições não facilitadoras para a adesão à higiene das mãos, no local de prestação de cuidados – domicílios dos utentes. Esta falta de condições ambientais facilitadoras, como principal barreira à implementação de medidas de controlo de infeção nos cuidados domiciliários é encontrada na literatura (Swanson & Jeanes, 2011). Trata-se de um aspeto não passível de modificação mas o reconhecimento do mesmo reforça a necessidade da adoção da fricção antisséptica como método preferencial de higienização das mãos, durante a prestação de cuidados. As respostas confirmam a disponibilização de SABA, pelas instituições, não estando, no entanto, a sua utilização na prática diária, interiorizada como método adequado para higiene das mãos.

Relativamente aos **fatores predisponentes**, verifica-se a existência de elevado número de AAD com formação sobre higiene das mãos, o que se traduziu na existência de conhecimentos demonstrados por uma elevada percentagem de respostas certas.

Existe, no geral, uma perceção de ausência ou reduzido risco de transmissão de infeções associadas aos cuidados de apoio domiciliário, para os utentes, que fica expressa na baixa adesão à higiene das mãos durante a prestação de cuidados, sobretudo nos primeiros momentos – antes do contacto com o utente e antes de execução de técnicas limpas. A perceção de risco é ligeiramente mais elevada no que se refere aos próprios profissionais, o que se associa a comportamentos de autoproteção não relacionada com o conhecimento do risco microbiológico, mas com a sensação de desconforto ou repugnância (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007; Wilson, Jacob & Powell, 2011), como demonstra a elevada adesão à higiene das mãos em momentos exteriores aos cuidados – antes do almoço, antes de sair da instituição, nomeadamente com utilização associada dos dois métodos de higiene das mãos.

De um modo geral, os sujeitos da amostra autoavaliam o seu desempenho na higiene das mãos como muito bom, apesar disto, a maioria manifesta intenção de melhorar esse desempenho. Esta intenção constitui, de acordo com Ajzen e Fishbein (1980, cit. por Green & Kreuter, 1999) o passo final, antes da concretização do comportamento pretendido. Esta

intenção deixa espaço para intervenções ambientais e de melhoria de conhecimentos e de competências facilitadoras do comportamento desejado.

Embora as perceções avaliadas se enquadrem nos fatores predisponentes, os resultados obtidos devem também ser valorizados no contexto dos **fatores de reforço**. Assim, a perceção de elevada importância atribuída à higiene das mãos pelas chefias e, em menor grau, pelas colegas, pode constituir um reforço positivo numa perspetiva de reconhecimento e suporte social de chefes e pares. A perceção de elevado risco de infeção para os profissionais dos SAD, pode também conduzir à expectativa de recompensa pessoal para o próprio, resultante da adoção de comportamentos de autoproteção.

Quanto às opiniões manifestadas sobre as medidas de promoção da higiene das mãos, estas foram, de acordo com o princípio da participação preconizado pelo modelo de Green e Kreuter, determinantes na fase de seleção de estratégias de intervenção do presente projeto.

Relativamente ao diagnóstico político e administrativo, há a realçar a lacuna normativa no que diz respeito à higienização das mãos no contexto dos SAD, detetada tanto na fase de pesquisa documental como nas fases de contacto inicial com os elos de ligação das diferentes instituições.

3.2.4. Identificação e Priorização dos Problemas

Com base na análise dos dados, de acordo com o modelo que fundamenta a intervenção, foi possível identificar os seguintes problemas:

Diagnóstico comportamental:

- Baixa adesão (31%) à higiene das mãos, durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário.

Diagnóstico educacional e ecológico:

- 61% das AAD da amostra, demonstram baixa perceção de risco de infeção associada aos cuidados domiciliários, para o utente;
- 61% das AAD entrevistadas, demonstra défice de conhecimentos sobre indicações para a higienização das mãos pelo método de fricção antisséptica;

Após a identificação dos problemas, a determinação de prioridades constitui um processo de decisão, durante o qual são selecionados os que se devem tentar selecionar primeiro (Imperator & Giraldes, 1993). Esta definição de prioridades é um passo crucial no

planeamento uma vez que “determina a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir” (Tavares, 1990, p. 83). Por se tratar de um processo potencialmente subjetivo, torna-se necessária a definição de critérios. Estes podem ser definidos pelo grupo de trabalho ou por um conjunto de técnicas e métodos de determinação de prioridades, disponíveis. Para a priorização dos problemas identificados, foi utilizado o método de Hanlon, adaptado à dimensão da amostra. Este método consiste na classificação dos vários problemas de acordo com a aplicação de quatro critérios: a amplitude ou magnitude do problema, a gravidade, a eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

A descrição do processo de determinação das prioridades realizada, encontra-se em anexo (Apêndice III).

Os problemas identificados, bem como a respetiva priorização, foram revistos e aferidos junto dos restantes intervenientes no projeto.

Por se tratar de um pequeno número de problemas, todos eles foram objeto de intervenção.

3.2.5. Definição dos Diagnósticos de Enfermagem

Para a definição dos diagnósticos de enfermagem, na amostra estudada, foi utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão dois.

Os diagnósticos (e respetivos códigos CIPE®) definidos foram:

- Não adesão a precauções de segurança [higienização das mãos] (1025162);
- Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança [fricção antisséptica das mãos] (10022015);
- Crença de saúde [perceção de risco de IACS] dificultadora (10022516).

3.3. Fixação de Objetivos

Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79). A sua correta definição, permite orientar a definição de estratégias dirigidas aos resultados esperados e avaliar os resultados obtidos após o cumprimento do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990; Green & Kreuter, 1999). No sentido de dar cumprimento a esta dupla função, optou-se pela definição de objetivos de acordo com a metodologia, SMART – acrónimo de *Specific, Measurable, Attainable, Realist, Time-bound*, introduzida por Doran (1981). A concretização desta etapa compreende o cumprimento de quatro etapas: seleção dos indicadores, determinação de tendências, a fixação dos objetivos e a sua tradução em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

A definição de indicadores foi dirigida aos três níveis de avaliação definidos por Green e Kreuter – avaliação de processo, de impacto e de resultados (Green & Kreuter, 1999). Deste modo, foram definidos:

- Indicadores de processo, que traduzem as diferentes contribuições para o programa, as atividades implementadas e a participação dos diferentes intervenientes;
- Indicadores de impacto, que medem os efeitos imediatos do programa sobre o comportamento desejado ou sobre os seus fatores predisponentes, facilitadores e de reforço.

Os indicadores definidos e a respetiva operacionalização, encontram-se em anexo (Apêndice IV)

Os indicadores de resultados referem-se a dados sobre o estado de saúde e qualidade de vida numa determinada população. Na ausência de dados de partida, relativos a vigilância epidemiológica de IACS nos cuidados domiciliários, não foi possível definir indicadores de resultados. Esta ausência de dados, inviabilizou também a determinação de tendências.

De acordo com o diagnóstico de situação, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Promover o aumento para 60% da taxa de adesão à higiene das mãos, nos SAD do Barreiro, até fevereiro de 2013.

Objetivos específicos:

- Que 60% dos participantes saibam explicar a importância e o procedimento da higienização das mãos
- Aumentar para 30%, a taxa de adesão à higienização das mãos no momento 1, nos SAD do Barreiro, até fevereiro de 2013;
- Aumentar para 30%, a taxa de adesão à higienização das mãos no momento 3, nos SAD do Barreiro, até fevereiro de 2013;
- Que no final da intervenção, 70% das AAD, possuam embalagem de bolso de SABA no local de prestação de cuidados de apoio domiciliário;
- Que no final da intervenção, 50% das ações de higienização das mãos seja efetuada por fricção antisséptica.

Objetivos operacionais:

- Que até dezembro de 2012, pelo menos 80% das AAD dos SAD do Barreiro sejam abrangidas pelas sessões Educação para a Saúde sobre higienização das mãos;
- Que no final das sessões de Educação para a Saúde, pelo menos 70% das participantes classifiquem o seu grau de satisfação relativo à sessão, como “satisfeito” ou “muito satisfeito”;
- Até dezembro de 2012, sejam dadas embalagens de bolso de SABA a, pelo menos, 80% das AAD a exercer funções nos SAD das instituições participantes;
- Que até fevereiro de 2013, sejam aceites 90% dos convites à assinatura do “quadro de compromisso”;
- Até dezembro de 2012, realizar pelo menos uma reunião com os elos de ligação de cada uma das instituições participantes;
- Até fevereiro de 2013, realizar pelo menos 13 sessões de observação da adesão à higiene das mãos nos SAD das instituições participantes;
- Até fevereiro de 2013, fornecer a todas as instituições participantes, os resultados sobre a evolução das taxas de adesão à higiene das mãos.
- Até fevereiro de 2013, desenvolver a norma sobre higienização das mãos a adotar pelos SAD das instituições participantes.

3.4. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias corresponde à seleção de um conjunto de técnicas organizadas, cuja implementação permita atingir os objetivos fixados, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperator & Giraldes, 1993). A definição de estratégias de intervenção baseou-se nos princípios orientadores do modelo PRECEDE-PROCEED em articulação com as teorias do comportamento mobilizadas – teoria cognitiva social e modelo de crenças em saúde, nas experiências de intervenção anteriores, sobretudo a estratégia multimodal proposta pela OMS, tendo em conta a disponibilidade de recursos. Deste modo, às estratégias preconizadas pelo modelo: educação para a saúde e políticas de regulamentação institucional, acrescentou-se o acompanhamento e controlo evolutivo, que está de acordo com o princípio da retroatividade enunciado por Green e Kreuter e com as estratégias de monitorização e *feedback*, recomendadas pela OMS. Dada a escassez de recursos, a gratuitidade para os serviços, foi um critério que esteve presente no planeamento de toda a intervenção.

Nesta fase do projeto, as estratégias selecionadas dirigiram-se aos fatores condicionantes identificados na fase de diagnóstico educacional e ecológico:

- Fatores Predisponentes: educação para a saúde dirigida à perceção de risco de infeção para o utente e profissional e capacitação dos profissionais;
- Fatores facilitadores: promoção da adoção da fricção antissética como técnica preferencial para higiene das mãos e distribuição de embalagens de bolso de SABA; utilização de “lembretes” no local de trabalho;
- Fatores de Reforço: modelação através do envolvimento das chefias, profissionais e organizações de referência e promoção do reconhecimento entre pares; enquadramento normativo; monitorização evolutiva e *feedback*.

3.5. Preparação da Execução e Implementação

Na fase de preparação da execução foram estabelecidos diversos contactos para levantamento de recursos internos e obtenção de apoios externos. Este apoio materializou-se através da obtenção de material, mas também através do comprometimento com o projeto de profissionais / entidades de referência, para credibilização do projeto, o que provou constituir um importante fator de reforço positivo.

Como resultado dos contactos estabelecidos, foram obtidos os seguintes apoios:

- Obtenção de apoio de laboratório - Fornecimento de material a utilizar na intervenção (embalagens de bolso de SABA, máquina de luz fria, solução de contraste, cartazes promocionais e técnicos).
- Reunião com elemento da Divisão de Segurança do Doente, da DGS onde foi obtida aprovação do projeto, nas suas linhas gerais e orientação sobre as atividades planeadas. Foi ainda obtido material de apoio e promocional (esferográficas, folhetos de bolso e *pins* utilizados na campanha nacional “medidas simples salvam vidas”, bem como a respetiva autorização de utilização no âmbito do projeto “mãos limpas, mãos seguras”;
- Reunião com Autoridade de Saúde do Barreiro na qual foi obtida, da parte do Delegado de Saúde, adesão ao projeto, concretizada através da assinatura dos quadros de compromisso a afixar nas instituições;

Relativamente aos recursos internos, verificou-se que todas as instituições participantes dispunham de instalações para realização das sessões de educação para a saúde e acesso a material para projeção de meios áudio visuais e impressão de documentação necessária – folhetos, registo de presenças e certificados de participação.

Ainda nesta fase, procedeu-se à preparação do seguinte material de apoio:

- Documento de apresentação do projeto “mãos limpas, mãos seguras”;
- “Quadro de compromisso” – quadro a afixar nas instalações de cada SAD, onde os participantes são convidados a assinar, sob uma frase de compromisso de adesão ao projeto.

Atividades implementadas:

Reuniões com coordenações dos SAD. Foram realizadas reuniões com as chefias de todos os SAD participantes. Durante estas reuniões foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação, discutidos os problemas identificados e priorizados, assim como a proposta de

intervenção. Foi também nestas ocasiões que foi aferido o levantamento de recursos existentes e o agendamento das atividades seguintes: afixação de cartazes promocionais e técnicos, agendamento de sessões de educação para a saúde. Foi ainda fornecida documentação técnica – documento de trabalho, folhetos, e material promocional. Todos os elementos se mostraram recetivos ao projeto e disponíveis para colaborar. O comprometimento com o seu papel de modelação foi concretizado através do uso dos *pins* de promoção da higiene das mãos e da assinatura do “quadro de compromisso”.

Sessões de educação para a saúde. De modo a abranger o maior número possível de elementos da população alvo, foram realizadas seis sessões, nas quais participaram 50 funcionárias o que corresponde a 83,3% da população alvo. De modo a maximizar a adesão a esta atividade, as sessões foram realizadas nas instalações dos diferentes serviços e, sempre que realizadas fora do horário de trabalho, as horas foram compensadas pela instituição. O planeamento das sessões encontra-se no *portfolio* de atividades, em anexo a este relatório (Apêndice V). Na fase de discussão de casos e adaptação dos conteúdos expostos á prática diária, os participantes mostraram-se participativos e demonstraram apropriação dos principais conceitos e indicações para a higiene das mãos. A técnica de higiene das mãos pelo método de fricção antisséptica foi treinada em grupo e várias voluntárias provaram a respetiva eficácia através da utilização da máquina de luz fria. Todos os participantes aceitaram formalizar a sua participação no projeto através da aceitação do convite á assinatura do “quadro de compromisso”. A avaliação das sessões foi feita através da aplicação do questionário de satisfação “avaliação da ação de formação”, utilizado nas formações do Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos. Da análise dos resultados obtidos, foi possível verificar que a totalidade dos questionários devolvidos aponta para um grau de satisfação de quatro (4) ou cinco (5) (numa escala de 1 a 5), em todos os aspetos avaliados (clareza dos conteúdos, resposta a questões e problemas do dia-a-dia, interesse dos conteúdos e adequação destes à prática).

Lembretes no local de trabalho. De acordo com calendário previamente acordado, foram afixados cartazes promocionais da higiene das mãos, cerca de uma semana antes da realização das sessões de Educação para a Saúde. Na mesma altura, foram convidadas as chefias para o uso dos *pins* da campanha “medidas simples salvam vidas”. Após a realização das referidas sessões, foram afixados cartazes técnicos referentes os 5 momentos para a higiene das mãos, ao uso de luvas e às técnicas de higiene das mãos – lavagem e fricção antisséptica.

Foram também fornecidos a todos os participantes, *pins* cujo uso pretendia cumprir a dupla função de lembrete fora da instituição e de modelação por reconhecimento inter pares e pela comunidade.

Distribuição de embalagens de bolso de SABA: Foram fornecidas embalagens de bolso de SABA, a todas as AAD presentes nas sessões de educação para a saúde.

Elaboração e discussão de norma interna sobre higiene das mãos. Foi elaborada e enviada aos serviços, uma proposta de norma de higiene das mãos a integrar nos manuais internos dos serviços. Até ao final do período de estágio, não foi obtida qualquer resposta ou proposta de alteração.

Acompanhamento evolutivo e *feedback* Durante a segunda semana do mês de fevereiro de 2012 foram realizadas vinte (20) sessões de observação das práticas de higiene das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário. Estas sessões de observação foram realizadas, em média, cerca de dois meses após a realização das sessões de educação para a saúde. Durante estas sessões foram observadas cinquenta e oito (58) oportunidades para a higiene das mãos que deram origem a trinta e oito (38) ações o que corresponde a uma taxa de adesão à higiene das mão de 65,5%. Esta taxa constitui uma evolução positiva de 37,4% relativamente à avaliação inicial. Relativamente aos momentos com menor adesão na avaliação inicial, verificou-se uma taxa de adesão de 55% no momento 1 – antes do contacto com o utente (avaliação inicial de 0%). A taxa de adesão no momento 3 – após risco de exposição a fluidos orgânicos, manteve-se nos 0%. Verificou-se ainda que todas as AAD observadas possuíam embalagem de SABA no local da prestação de cuidados e que 68,4% das ações de higienização das mãos foram realizadas por fricção antisséptica.

Os dados obtidos foram enviados aos elos de ligação das várias instituições, para divulgação junto das equipas.

Foi organizado um *portfólio* com o material utilizado nas atividades realizadas, que se encontra em anexo (Apêndice V).

3.6. Avaliação

Nesta etapa do planeamento em saúde pretende-se efetuar uma “confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível de adequação” (Tavares, 1990, p. 205), isto é, da efetividade das mesmas na obtenção de ganhos em saúde que Loureiro e Miranda (2010) definem como a obtenção de melhorias mensuráveis no estado de saúde ou numa situação de base diagnosticada. Para Imperatori e Giraldes (1993), esta determinação do valor das intervenções realizadas tem, por valores de referência, o diagnóstico da situação inicial e os objetivos ou metas fixados.

O modelo PRECEDE-PROCEED prevê, para programas de promoção de saúde, três níveis de avaliação: processo, impacto e resultados (Green & Kreuter, 1999), já desenvolvidos no capítulo dois deste relatório. Estes níveis de avaliação determinaram a fixação de objetivos que constituíram, por comparação com os resultados do diagnóstico de situação, os valores de referência para avaliação da efetividade das estratégias do projeto. Deste modo procedeu-se inicialmente à avaliação de processo, tendo, por referência, os objetivos operacionais ou metas. Esta avaliação estabelece um processo de retroatividade com as restantes etapas do processo de planeamento (Tavares, 1990) que permitiu a introdução atempada de pequenos ajustes nas estratégias implementadas. Todas as atividades planeadas foram concretizadas.

A avaliação de impacto fez-se na fase final do projeto, tendo por referência os objetivos específicos fixados. Nesta etapa verificou-se que os objetivos foram, de uma forma geral, atingidos ou excedidos à exceção da adesão à higiene das mãos, no momento 3 – após risco de exposição a fluidos corporais, que se manteve nula.

De acordo com a pesquisa documental realizada, experiências anteriores de intervenções semelhantes, têm permitido verificar que a melhoria das taxas de adesão atinge, habitualmente um pico, após o que, na ausência de novas intervenções, voltam a descer (Mathai et al, 2010; Larson, Brian, Adler & Blane, 1997). Deste modo, a duração do projeto não permite assegurar a manutenção dos resultados obtidos, pelo que seria precipitado prever ganhos em saúde para os utentes dos SAD, no que se refere à prevenção de IACS. Este facto, conjugado com a ausência de dados de vigilância epidemiológica já referida, impossibilita a realização da avaliação de resultados.

A avaliação de todos os objetivos fixados encontra-se descrita em quadro anexo (Apêndice VI)

3.7. Considerações Éticas

Ao longo das diferentes fases do projeto esteve presente o respeito pelos princípios éticos subjacentes à prática de enfermagem, nomeadamente na defesa da liberdade e da dignidade do ser humano, na excelência do exercício, no compromisso assumido com a comunidade e no reconhecimento da especificidade dos diferentes profissionais direta ou indiretamente envolvidos no projeto. Neste sentido, em todos os procedimentos estiveram presentes os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Os direitos dos participantes foram salvaguardados garantindo:

- Obtenção de autorização pela direção do Agrupamento de Centros de Saúde, para a implementação do projeto
- Obtenção de autorização, junto da Direção do Centro Hospitalar e respetiva Comissão de Ética, para consulta e utilização dos dados referentes à vigilância epidemiológica das bactérias multirresistentes.
- Obtenção, junto das direções das IPSS participantes, de autorização para a implementação do projeto e para os diferentes momentos de colheita de dados.
- Obtenção, junto de todos os indivíduos participantes, de consentimento informado para os diferentes momentos de colheita de dados.
- No caso das sessões de observação não participada, obtenção de consentimento prévio para acompanhamento das visitas de apoio domiciliário através de contacto telefónico com os utentes do SAD ou respetivos representantes, no dia anterior ao da realização das visitas e obtenção de consentimento escrito junto dos utentes do SAD ou respetivo cuidador familiar no momento da visita.
- Os referidos consentimentos informados foram obtidos após cumprido o dever de informação sobre os objetivos do projeto, o carácter estritamente voluntário da participação, o direito à revogação do consentimento a qualquer altura, o sigilo e confidencialidade assegurados no tratamento dos dados obtidos.

3.8. Limitações do Projeto

O desenho do estudo realizado durante o diagnóstico de situação, os métodos de colheita de dados utilizados e, sobretudo, o tamanho e método de seleção da amostra não permitem que os resultados obtidos sejam representativos da população alvo ou generalizáveis. Por outro lado a manutenção ou a possibilidade de um aumento consistente das taxas de adesão obtidas só será possível com a continuação do trabalho de parceria com as instituições do concelho, nomeadamente na área do enquadramento normativo, no acompanhamento e controlo evolutivo com *feedback* e discussão dos resultados obtidos diretamente com as equipas.

4. CONCLUSÃO

O controlo de infeção associada aos cuidados de saúde domiciliários é um tema emergente, no âmbito do estudo dos fatores associados e na implementação de estratégias de prevenção. Em Portugal, estas medidas têm sido implementadas quase exclusivamente ao nível do setor da saúde, com exceção da campanha de prevenção da Gripe A em 2009. Deste modo, os cuidados domiciliários prestados no contexto dos SAD não têm sido abrangidos pelas campanhas de prevenção de IACS, nomeadamente no que diz respeito à promoção da higiene das mãos.

Com o projeto “mãos limpas, mãos seguras”, pretendeu-se inicialmente, conhecer a realidade dos SAD do setor solidário do concelho do Barreiro, no que diz respeito às práticas de higiene das mãos. Nesta fase de diagnóstico de situação foi realizado um estudo descritivo, junto de uma amostra de Ajudantes de Ação Direta (AAD) de três SAD do concelho do Barreiro. A análise dos resultados permitiu concluir a existência de uma baixa adesão à higiene das mãos durante a prestação de cuidados domiciliários, relacionada com baixa perceção de risco, não adesão à fricção antisséptica e inexistência de enquadramento normativo. Com base no diagnóstico realizado, desenvolveram-se estratégias de educação para a saúde, enquadramento normativo, acompanhamento evolutivo e *feedback* que conduziram ao aumento de 37,4% da adesão à higiene das mãos, na amostra estudada.

A duração da intervenção realizada não permite prever a manutenção dos valores obtidos. Um aumento consistente da adesão à higiene das mãos, nos SAD, está dependente de um investimento mantido no trabalho de parceria intersetorial realizado, mas passa sobretudo por um investimento a nível nacional que permita o enquadramento normativo da questão, a alocação de recursos e a modificação do ambiente dos serviços.

Considerando que realização do trabalho de campo se enquadrou num percurso académico, coexistiram objetivos pedagógicos de desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária. Neste sentido a documentação do trabalho

desenvolvido, através do presente relatório, constituiu simultaneamente, um instrumento de aprendizagem e de reflexão sobre as competências desenvolvidas.

O planeamento e realização do trabalho de campo e a elaboração do presente relatório constituíram importantes momentos de aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento conhecimentos e competências nas etapas da metodologia de planeamento em saúde, nas áreas da capacitação de grupos e comunidades, sobretudo no que respeita à mobilização de recursos e colaboração intersetorial. Para este aspeto, a utilização do modelo PRECEDE-PROCEED constituiu uma valiosa ferramenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboelela, S., Stone, P., & Larson, E. (2007). Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 66(2), 101–108. Acedido em 19-03-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009623678&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007). *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos*. Brasília: ANVISA.
- Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305–315. DOI:10.1016/j.jhin.2009.04.019
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. Acedido em 28-03-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ828413&site=ehost-live>
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Ploydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bloomfield, S., Aiello, A., Cookson, B., O’Boyle, C., & Larson, E. (2007). The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S27–64. Acedido em 21-03-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009751758&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Brissos, M. A. (2004). O Planeamento no Contexto da Imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao setor da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22(1), 43-55.
- Brito, Irma S. (2009). *Intervenção de conscientização para a prevenção da brucelose em área endêmica*. Tese de doutoramento não publicada. Porto. Apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Centro Hospitalar Barreiro-Montijo – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (2012). *Vigilância Epidemiológica das Bactérias Multiresistentes: Relatório Anual 2011*. (Relatório não publicado, cedido pelo CHBM).
- Centro Hospitalar Barreiro-Montijo – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (2013). *Vigilância Epidemiológica das Bactérias Multiresistentes: Relatório Anual 2011*. (Relatório não publicado, cedido pelo CHBM).
- Coimbra, J. A. J., & Brito, I. S. (1999). Qualidade de Vida do Idoso. *Referência*, (3), 29–35.
- Decreto-Lei n.º 141/89 de 28 de abril. Define o regime jurídico e de proteção social dos ajudantes familiares. *Diário da República I Série*, N.º 98 (28-04-1989), 1782-1758.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série-A*, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República I Série*, N.º 161 (22-08-2007), 5587-5596.
- Decreto-Lei n.º 121/2008 de 11 de julho. Extingue carreiras e categorias cujos trabalhadores transitam para as carreiras gerais. *Diário da República I Série*, N.º 133 (11-07-2008), 4347-4403.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República I Série*, N.º 38 (22-02-2008), 1182-1189.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Estabelece Regulamento da Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. *Diário da República II série*, N.º 74 (16-04-2009), 15438-15440.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Relatório: Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção 2003*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge / Programa Nacional de Controlo de Infecção.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização*. Acedido em 05-12-2012. Disponível em www.dgs.pt.
- Direção Geral de Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção 2009: Relatório*. Lisboa: Direção Geral de Saúde / Departamento de Qualidade na Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2010). Relatório: *Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde / Departamento de Qualidade na Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Enquadramento do Plano Nacional de Saúde*. Acedido em 09-02-2013. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde (2012b). Programa Nacional de Controlo IACS. Acedido em 25-03-2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>
- Direção Geral de Saúde (2013). *Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção Geral de Saúde / Departamento de Qualidade na Saúde.
- Doran, George T.(1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review* 70 (11), 35-36.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013). European Antimicrobial Resistance Surveillance System. Acedido em 13-03-2013. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/database/Pages/hai-pps-database-microorganisms-antimicrobial-resistance.aspx
- EUROSTAT (2013). Acedido em 26-02-2013. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&tableSelection=1&labeling=1&abels&footnotes=yes&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>)
- Fortin, M. F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Friedman, M. (1999). Preventing and controlling the transmission of antibiotic-resistant microorganisms in the home care setting. *Caring*, 18(11), 6–11. Acedido em 25-03-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2000015733&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Fuller, C., Savage, J., Besser, S., Hayward, A., Cookson, B., Cooper, B., & Stone, S. (2011). “The dirty hand in the latex glove”: a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(12), 1194–1199. Acedido em 19-03-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011374651&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2ª Ed.). São Paulo: Atlas S.A.

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach* (3^a ed). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Imperatori, E. & Giraldes M. R. (1993) *Metodologia do planeamento em saúde* (3^a Ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jarvis, W. R. (2001). Infection control and changing health-care delivery systems. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 170–173. Acedido em: 01-05-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11294699&site=ehost-live>
- Kenneley, I. (2012). Infection control in home healthcare: an exploratory study of issues for patients and providers. *Home Healthcare Nurse*, 30(4), 235–245. DOI:10.1097/nhh.0b013e31824adb52.
- Kretzer, E., & Larson, E. (1998). Behavioral interventions to improve infection control practices. *American Journal of Infection Control*, 26(3), 245–253. Acedido em: 28-03-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1998073226&site=ehost-live>
- Larson, E., Brian, J. L., Adler, L. M., Blane, C. (1997). A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Americ. Journal for Infection Control*. 25 (1), 3-10.
- Lefrancois, G. R. (2008). *Teorias da aprendizagem*. São Paulo: Cengage Learning.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Manangan, L. P., Pearson, M. L., Tokars, J. I., Miller, E., & Jarvis, W. R. (2003). National Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Home Care Settings -- Feasible or Not? *Journal of Community Health Nursing*, 20(4), 223–231. Acedido em 21-03-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=11842273&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Mathai, E., Allegranzi, B., Seto, W. H., Chraïti, M.-N., Sax, H., Larson, E., & Pittet, D. (2010). Educating healthcare workers to optimal hand hygiene practices: addressing the need. *Infection*, 38(5), 349–356. DOI:10.1007/s15010-010-0047-7.
- McNeil, S. A., Foster, C. L., Hedderwick, S. A., & Kauffman, C. A. (2001). Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. *Clinical Infectious Diseases: An*

Official Publication Of The Infectious Diseases Society Of America, 32(3), 367–372.

Acedido em 11-03-2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11170943&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2011). Contrato Coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública — Revisão global. *Boletim do Trabalho e Emprego*, N°15 (22/4/2011), 1207-1257.

Narciso, A., Eusébio, A., Fonseca, F., & Duarte, A. (2012). Infecções urinárias na comunidade: um estudo multicentrico. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*, 8, 7–12. Acedido em 25-03-2013. Disponível em: <http://spdimc.org/wp/wp-content/uploads/2011/11/RPDI-VOL.-5-N%C2%BA-3.pdf>

Noble WC. (1975). Dispersal of skin microorganisms. *The British Journal Of Dermatology*, 93(4), 477–485. Acedido em 18-12-2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=1103939&site=ehost-live>

Nunes, M. J. (2011). *Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) : estudo do papel dos lares de terceira idade no ciclo epidemiológico entre o hospital e a comunidade*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá: I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Acedido em 14-10-2011. Disponível em:

<http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Picheansathian, W. (2004). A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1), 3–9. Acedido em 19-03-2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004139938&lang=pt-br&site=ehost-live>

Pittet, D. (2002). Promotion of hand hygiene: magic, hype, or scientific challenge? *Infection Control And Hospital Epidemiology: The Official Journal Of The Society Of Hospital Epidemiologists Of America*, 23(3), 118–119. Acedido em: 19-03-2013. Disponível em:

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11918114&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Pittet, D., Allegranzi, B., Sax, H., Dharan, S., Pessoa-Silva, C. L., Donaldson, L., & Boyce, J. M. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infectious Diseases*, 6(10), 641–652. Acedido em 11-03-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=22596896&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Portaria 38/2013 de 30 de janeiro. Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário. Diário da República I série, N° 21 (30-01-2013) 605-608.
- Regulamento n° 128/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República II Série*, N° 35 (18-02-2011), 8667-8669.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. Acedido em: 27-03-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1988079287&site=ehost-live>
- Rhinehart, E. (2001). Infection control in home care. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 208–211. Acedido em 01-05-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11294708&site=ehost-live>
- Rosenthal, V. D., Pawar, M., Leblebicioglu, H., Navoa-Ng, J. A., Villamil-Gómez, W., Armas-Ruiz, A., ... & Kübler, A. (2013). Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) multidimensional hand hygiene approach over 13 years in 51 cities of 19 limited-resource countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe. *Infection Control Hosp. Epidemiol.*, 34(4), 415-423. DOI: 10.1086/669860.
- Santos, G. (2007). *Cuidar do Idoso Dependente no Domicílio: Avaliação dos Problemas*. Dissertação de mestrado não publicada. Aveiro: Apresentada ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Sax, H., Allegranzi, B., Uçkay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). “My five moments for hand hygiene”: a user-centred design approach to understand, train,

monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 67(1), 9–21. Acedido em 11-03-2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009692748&lang=pt-br&site=ehost-live>

Sax, H., Allegranzi, B., Chraïti, M.-N., Boyce, J., Larson, E., & Pittet, D. (2009). The World Health Organization hand hygiene observation method. *American Journal Of Infection Control*, 37(10), 827–834. DOI:10.1016/j.ajic.2009.07.003

Strecher, V., & Rosenstock, I. (1997). The Health Belief Model. In *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Swanson, J., & Jeanes, A. (2011). Infection control in the community: a pragmatic approach. *British Journal of Community Nursing*, 16(6), 282–288. Acedido em 11-03-2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011206812&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Trick, W. E., Vernon, M. O., Hayes, R. A., Nathan, C., Rice, T. W., Peterson, B. J., ... Weinstein, R. A. (2003). Impact of Ring Wearing on Hand Contamination and Comparison of Hand Hygiene Agents in a Hospital. *Clinical Infectious Diseases*, 36(11), 1383.

Wilson, S., Jacob, C., & Powell, D. (2011). Behavior-change interventions to improve hand-hygiene practice: a review of alternatives to education. *Critical Public Health*, 21(1), 119–127. DOI:10.1080/09581591003786122

World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge – Clean Care is Safer Care*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 14-05-2012. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide - A systematic review of the literature*. Geneva: WHO. Acedido em 22-11-2012. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

World Health Organization (2012). *Hand hygiene in Outpatient and Home-based care and Long Term care Facilities: A Guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “My Five Moments for Hand Hygiene”*

approach. Geneva: WHO. Acedido em: 14-06-2012. Disponível em:
http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I

Instrumento de Colheita de Dados:

Formulário de Observação



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS			Cidade			Código do Hospital					
Observador Data (dd.mm.aaaa) : : Hora de início/fim (hh:mm) : : Duração da sessão (mm) : :						Período Nº. : Sessão Nº. : Formulár. Nº. :			Serviço/Departamento : Enfermeira :		
Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número		
Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg. Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Recomendações:

1. Comece por se apresentar aos profissionais de saúde e aos doentes e explique o motivo da sua presença.
2. Pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
3. Poderão ser incluídos sucessivamente mais profissionais de saúde, até um limite de 3.
4. Procure um local conveniente para realizar a observação sem perturbar as actividades clínicas; pode deslocar-se para seguir os profissionais de saúde, mas nunca interfere com o seu trabalho. No final, os resultados da sessão podem ser apresentados ao profissional.

Instruções de preenchimento

5. Preencha o formulário a lápis e sobre uma superfície dura. Pode utilizar borracha, se necessário.
6. Comece por preencher o cabeçalho do formulário (excepto a hora de terminar e a duração da sessão).
7. Assim que surja a primeira oportunidade, selecione a informação correspondente (indicação, acção) na primeira coluna do questionário, a coluna das oportunidades, que está numerada e deve ser lida de cima para baixo. Faça o registo na coluna correspondente à categoria profissional do profissional de saúde observado.
8. Cada oportunidade deve ser registada no campo identificado e devidamente numerado (oportunidade 1, oportunidade 2, etc.).
9. Assinale com um 'X' o quadrado ou o círculo correspondente ao item que quer seleccionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
10. Pode assinalar várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
11. As acções executadas ou não executadas devem ser sempre assinaladas durante o registo de uma oportunidade.
12. Não se esqueça de anotar a hora de terminar, de calcular a duração da sessão e de confirmar os dados antes de devolver o formulário.

Outras Informações úteis para o preenchimento do cabeçalho:

Administração Regional de Saúde (ARS) Cidade: escreva por extenso (não use abreviaturas)											
Hospital:	escreva o código do seu hospital										
Serviço/Departamento:	escreva por extenso (não use abreviaturas)										
Observador:	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
Data:	dia/mês/ano.										
Hora de início / Fim:	hora/minuto										
Duração da Sessão:	diferença entre a hora de início e de fim. O resultado deve ser dado em minutos.										
Nº de Período:	de acordo com a altura da observação (pré ou pós a campanha).										
Nº da Sessão:	de acordo com a contagem institucional (cada sessão de observação corresponde a um determinado local).										
Formulário Nº:	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
Serviço/Departamento:	de acordo com a seguinte nomenclatura:										
	<table border="1"> <tr> <td>Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)</td> <td>Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)</td> </tr> <tr> <td>Misto (médico e cirurgião)</td> <td>Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)</td> </tr> <tr> <td>Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)</td> <td>Unidade de Cuidados Intensivos</td> </tr> <tr> <td>Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)</td> <td>Cuidados Continuados e Reabilitação</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outro (a especificar)</td> </tr> </table>	Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)	Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)	Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos	Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação		Outro (a especificar)
Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)										
Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)										
Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos										
Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação										
	Outro (a especificar)										
Nome do Serviço:	igual à designação institucional.										
Categoria Profissional/Código:	de acordo com a seguinte classificação:										
	<table border="1"> <tr> <td>1. Enfermeiro/Paraleiro</td> <td>1.1 Enfermeiro, 1.2 paraleiro, 1.3 aluno</td> </tr> <tr> <td>2. Auxil. Acção Médica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Médico</td> <td>3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina</td> </tr> <tr> <td>4. Outros profissionais de saúde</td> <td>4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).</td> </tr> </table>	1. Enfermeiro/Paraleiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 paraleiro, 1.3 aluno	2. Auxil. Acção Médica		3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina	4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).		
1. Enfermeiro/Paraleiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 paraleiro, 1.3 aluno										
2. Auxil. Acção Médica											
3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina										
4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).										
Número:	registre o número de profissionais de saúde observados pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), à medida que preenche o campo de observação.										
Oportunidade:	Existe uma oportunidade sempre que existe pelo menos uma indicação.										
Indicação:	<p>Implica a acção de higienizar as mãos:</p> <table border="1"> <tr> <td>Antes Doente: Antes do contacto com o doente</td> <td>Após Doente: Depois do contacto com o doente</td> </tr> <tr> <td>Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico</td> <td>Após Amb.: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente</td> </tr> <tr> <td>Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais</td> <td></td> </tr> </table>	Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente	Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Amb.: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais					
Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente										
Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Amb.: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente										
Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais											
Acção:	<p>resposta à indicação de higiene das mãos:</p> <table border="1"> <tr> <td>Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica</td> <td>Não realizada: quando não é executada nenhuma acção.</td> </tr> <tr> <td>Levagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água</td> <td></td> </tr> </table>	Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizada: quando não é executada nenhuma acção.	Levagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água							
Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizada: quando não é executada nenhuma acção.										
Levagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água											



FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

ARS	Cidade	Código do Hospital
Data (dd.mm.aa)	Período N.º	Departamento/Serviço
		Enfermagem

Sessão N.º	Categorias profissionais (podem ser adicionadas colunas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total de sessões	
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código			
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por categorias										
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

1. Verifique os dados colhidos no Formulário de Observação. Some todas as oportunidades e ações de acordo com a categoria profissional de cada sessão de observação e copie os resultados para as linhas correspondentes a cada número de sessão.
2. Calcule a soma das oportunidades e a soma das ações ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcule a soma das oportunidades e das ações de todas as sessões e de adesão global, utilizando a fórmula:
Adesão (%) = ações ÷ oportunidades X 100.
4. Calcule a soma das oportunidades e das ações em relação a todas as categorias, aplicando esta fórmula. Escreva os resultados na linha de "Adesão" e na coluna "Total por categorias".

FORMULÁRIO DE CÁLCULO OPCIONAL

ARS	Cidade	Código do Hospital
Data (dd.mm.aa)	Período Nº	Departamento/Serviço
		Enfermaria

Sessão N.º	INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS									
	Antes do contacto com o doente		Antes de um procedimento asséptico		Depois de risco de exposição a fluidos corporais		Depois do contacto com o doente		Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	
	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por indicações										
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Indicações}} \times 100$$

Instruções

1. Verifique os dados do Formulário de Observação. Calcule e copie as somas das Indicações e das respectivas Ações de cada sessão de observação.
2. Se ocorrerem várias Indicações na mesma Oportunidade, cada uma deve ser considerada separadamente tal como a ação correspondente.
3. Utilize a fórmula: $\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Indicações}} \times 100$ para calcular a adesão por Indicação e copie os resultados para a linha de "Adesão" nas colunas correspondentes.

Nota :

Estes cálculos não reflectem exactamente a adesão, porque o denominador da equação é o número de Indicações ao invés de ser o número de Oportunidades. As Ações são sub-estimadas relativamente às indicações. No entanto, o resultado dá uma ideia geral do comportamento do profissional de saúde face a cada tipo de Indicação.

Anexo II

Declaração comprovativa de frequência de Formação para
Observadores no Centro Hospitalar Barreiro Montijo



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **MARIA MARGARIDA GUIA SOARES FERRERIA**, Enfermeira, a exercer funções no Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, frequenta o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontra-se a desenvolver um projecto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente no domicílio designado "*práticas de controlo de infecção pelos cuidadores*". Neste contexto, frequentou, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, uma formação para observadores sobre o tema "*prática de higiene das mãos*", que decorreu no dia seis de junho de 2012 e teve a duração de quatro horas.

Por ser verdade e por me ter sido pedido, passo a presente declaração que assino.

CHBM, EPE - HNSR, 2012-09-19

A ENFERMEIRA-DIRECTORA



ARSLVT

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO EPE | Av. Movimento das Forças Armadas | 2830-355 Barreiro
Tel. 21 214 73 00 | Fax. 21 214 73 51 | admin@chbm.min-saude.pt | www.chbm.min-saude.pt

Apêndice I

Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

Questionário - “Percepção e conhecimento dos profissionais dos Serviços de Apoio Domiciliário sobre a higiene das mãos e suas implicações nas infeções associadas aos cuidados de saúde”

1. Idade: _____

2. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino

3. Instituição a que pertence:

- ☐ Santa Casa da Misericórdia do Barreiro
- ☐ Centro Social e Paroquial de Santo André
- ☐ Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes

4. Frequentou alguma ação de formação sobre prevenção da transmissão de infeções? ☐ Sim ☐ Não

5. Frequentou alguma ação de formação sobre lavagem / higienização das mãos? ☐ Sim ☐ Não

6. Está disponível, na sua instituição, a solução antisséptica de base alcoólica para higiene das mãos? ☐ Sim ☐ Não

	Muito Baixo				Muito elevado
7. Na sua opinião, qual o grau de risco de transmissão de infeção a que estão sujeitos os utentes do serviço de apoio domiciliário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Na sua opinião, qual o grau de risco de transmissão de infeção a que está sujeito, como profissional do serviço de apoio domiciliário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Na sua opinião, qual a importância da higiene das mãos na prevenção de infeções associadas aos cuidados no apoio domiciliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras:

	Verdadeiro	Falso
A fricção antisséptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As mãos têm de estar secas antes da técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção antisséptica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Na sua opinião, durante a prestação de cuidados...

	Verdadeiro	Falso
... é permitida a utilização de joias nas mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se usar luvas, não necessita lavar as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... o uso de unhas postiças constitui um aumento do risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... é aconselhável a aplicação regular de creme para as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... é aconselhável proteger qualquer lesão na pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na sua opinião:

	Muito Baixo				Muito elevado
12. Que importância é atribuída pelo seu chefe ao seu correto desempenho na higiene das mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Que importância é atribuída pelos seus colegas ao seu correto desempenho na higiene das mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Que importância é atribuída pelos utentes ao seu correto desempenho na higiene das mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu serviço?

	Muito Baixo				Muito elevado
As chefias da sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecimento, pela instituição, de solução alcoólica a cada profissional do apoio domiciliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de cartazes sobre higiene das mãos em vários locais da instituição, que funcionem como lembretes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecimento de formação e treino sobre higiene das mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O correto desempenho na higiene das mãos funciona como exemplo positivo entre colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os utentes são convidados a relembrar os profissionais sobre a higiene das mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apêndice I: Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

16. Como avalia a frequência com que higieniza as suas mãos, de acordo com as situações em que esta está indicada? (Escala de 1 a 10) : _____

17. Tem intenção de aumentar essa frequência? ☐ Sim ☐ Não

18. Na sua opinião, pensa dispor de condições para melhorar essa frequência? ☐ Sim ☐ Não

19. Utiliza habitualmente solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, durante o seu dia de trabalho onde costuma guardar a SABA? _____

20. Como avalia a frequência com que lava / higieniza as mãos nos seguintes momentos?

Indique o método que utiliza em cada ocasião: * L (Lavagem com água e sabão); F(Fricção com SABA)

	Nunca					Sempre	Método *	
							L	F
Quando chega a casa do utente, antes de preparar o material e iniciar os cuidados diretos ao utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante os cuidados, se ocorrer contacto com fluidos corporais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de executar uma técnica limpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Após terminar os cuidados ao utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Após tocar qualquer superfície, imediatamente antes de sair do domicilio do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando chega à instituição, antes do almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao final do dia, antes de sair do trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apêndice II

Enquadramento Metodológico do Questionário

Enquadramento metodológico do questionário “Perceção e conhecimento dos profissionais dos Serviços de Apoio Domiciliário sobre a higiene das mãos e suas implicações nas infeções associadas aos cuidados de saúde”, de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED

Fases do diagnóstico de situação de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED / perguntas do questionário	Fatores avaliados
Caracterização da amostra:	
1. Idade 2. Género 3. Instituição a que pertence	
Complemento ao Diagnóstico comportamental	
20. Como avalia a frequência com que lava / higieniza as mãos nos seguintes momentos? Indique o método que utiliza em cada ocasião: Lavagem com água e sabão ou Fricção com SABA. . Quando chega a casa do utente, antes de preparar o material e iniciar os cuidados diretos ao utente . Durante os cuidados, se ocorrer contacto com fluidos corporais . Antes de executar uma técnica limpa . Após terminar os cuidados ao utente . Após tocar qualquer superfície, imediatamente antes de sair do domicílio do utente . Quando chega à instituição, antes do almoço . Ao final do dia, antes de sair do trabalho	

Apêndice II: Enquadramento Metodológico do Questionário

Fases do diagnóstico de situação de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED / perguntas do questionário	Fatores avaliados
Fatores predisponentes ou cognitivo-motivacionais <p>4. Frequentou alguma ação de formação sobre prevenção da transmissão de infeções?</p> <p>5. Frequentou alguma ação de formação sobre lavagem / higienização das mãos?</p> <p>10. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras:</p> <ul style="list-style-type: none"> . A fricção antisséptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos . As mãos têm de estar secas antes da técnica . Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção antisséptica <p>11. Na sua opinião, durante a prestação de cuidados... [verdadeiro ou falso]</p> <ul style="list-style-type: none"> ... é permitida a utilização de joias nas mãos ... se usar luvas, não necessita lavar as mãos ... o uso de unhas postiças constitui um aumento do risco ... é aconselhável a aplicação regular de creme para as mãos ... é aconselhável proteger qualquer lesão na pele <p>19. Utiliza habitualmente solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos?</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se sim, durante o seu dia de trabalho onde costuma guardar a SABA? <p>7. Na sua opinião, qual o grau de risco de transmissão de infeção a que estão sujeitos os utentes do serviço de apoio domiciliário?</p> <p>8. Na sua opinião, qual o grau de risco de transmissão de infeção a que está sujeito, como profissional do serviço de apoio domiciliário?</p> <p>9. Na sua opinião, qual a importância da higiene das mãos na prevenção de infeções associadas aos cuidados no apoio domiciliário</p> <p>16. Como avalia a frequência com que higieniza as suas mãos, de acordo com as situações em que esta está indicada? (Escala de 1 a 10)</p> <p>17. Tem intenção de aumentar essa frequência?</p>	<p>conhecimentos e consciência,</p> <p>crenças (percepções de risco, de gravidade e de benefício)</p> <p>atitudes, percepção de auto eficácia intenção</p>
Fatores facilitadores <p>6. Está disponível, na sua instituição, a solução antisséptica de base alcoólica para higiene das mãos?</p> <p>18. Na sua opinião, pensa dispor de condições para melhorar essa frequência?</p>	<p>recursos, ambiente dos serviços</p>

Apêndice II: Enquadramento Metodológico do Questionário

Fases do diagnóstico de situação de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED / perguntas do questionário	Fatores avaliados
Fatores de reforço	
<p>Na sua opinião:</p> <p>12. Que importância é atribuída pelo seu chefe ao correto seu desempenho na higiene das mãos?</p> <p>13. Que importância é atribuída pelos seus colegas ao seu correto desempenho na higiene das mãos?</p> <p>14. Que importância é atribuída pelos utentes ao seu correto desempenho na higiene das mãos?</p>	<p>Modelação:</p> <p>reconhecimento e aceitação pela comunidade ou pelas redes de apoio de referência (pares, chefias...)</p>
Princípio da participação	
<p>15. Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu serviço?</p> <ul style="list-style-type: none"> . As chefias da sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos . Fornecimento, pela instituição, de solução alcoólica a cada profissional do apoio domiciliário . Colocação de cartazes sobre higiene das mãos em vários locais da instituição, que funcionem como lembretes . Fornecimento de formação e treino sobre higiene das mãos . O correto desempenho na higiene das mãos funciona como exemplo positivo entre colegas . Os utentes são convidados a relembrar os profissionais sobre a higiene das mãos 	<p>Perceção de eficácia de medidas a adotar</p>

Apêndice III

Priorização dos problemas de acordo com o Método de Hanlon

Estabelecimento de prioridades através da utilização do método de Hanlon (Tavares, 1990)

O método de Hanlon estabelece como critérios de priorização:

- ▶ A - Amplitude (dimensão; 0-10);
- ▶ B - Gravidade (mortalidade, morbilidade, etc.; 0-10)
- ▶ C - Eficácia da solução (vulnerabilidade; 0,5-1,5);
- ▶ D - Exequibilidade do projeto (Pertinência, Exequibilidade, Aceitabilidade, Recursos, Legalidade; 0=Não, 1=Sim)

Os problemas são ordenados através da aplicação, a cada um deles, da fórmula:

$$(A + B) C \times D$$

A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso de acordo com uma escala predeterminada.

A - Amplitude – numero de pessoas afetadas pelo problema

% da população	Peso
50 – 100	10
25 – 49.99	8
12.50 – 24.99	6
6.00 – 12.49	4
3.00 – 5.99	2
0.00 – 2.99	0

B - Gravidade do Problema – pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades, custos... (varia entre 0 e 10). Cada um dos fatores que se pretendem analisar é ponderado segundo a mesma escala, elaborando-se posteriormente a média das ponderações obtidas. No presente caso, não existem dados que permitam estimar a gravidade (não existem estudos de prevalência de infeção associada aos cuidados domiciliários), pelo que será atribuída a mesma pontuação a todos os problemas.

C- Eficácia da solução (ou vulnerabilidade do problema)

Eficácia da solução	Peso
Fácil solução	1.5
Média solução	1.0
Difícil solução	0.5

D – Exequibilidade do projecto ou da intervenção – integra 5 componentes, descritos pela sigla PEARL. A exequibilidade assume o valor 0 (não) ou 1 (sim) tendo em conta a totalidade dos critérios PEARL. De acordo com a fórmula, quando assume o valor 0 o problema correspondente é eliminado.

	Critério	Peso
P	Pertinência	0 ou 1 (SIM ou NÃO)
E	Exequibilidade Económica	0 ou 1
A	Aceitabilidade	0 ou 1
R	Disponibilidade de Recursos	0 ou 1
L	Legalidade	0 ou 1

Critérios de priorização de acordo com o método de Hanlon:

Critérios de método	Amplitude	Gravidade	Eficácia da solução	Exequibilidade de	Avaliação
Baixa adesão à higiene das mãos – não adesão em 69% das oportunidades de higienização das mãos, durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário	10	1	0.5	1	5.5
61% das AAD entrevistadas demonstram baixa perceção de risco de infeção associada aos cuidados domiciliários, para o utente	10	1	1.0	1	11
61% das AAD entrevistadas demonstram défice de conhecimentos sobre indicações para a higiene das mãos pelo método de fricção antisséptica	10	1	1.5	1	16.5

Apêndice IV

Definição de Indicadores

Definição de Indicadores

Indicadores de processo:

- Percentagem de Auxiliares de Acção Directa (AAD) abrangidas pelas sessões de formação sobre higienização das mãos:

$$\frac{\text{Nº de AAD que participaram na formação}}{\text{Nº total de AAD a exercer funções nas instituições participantes}} * 100$$

- Percentagem de AAD que classifica o seu grau de satisfação com a sessão de educação para a saúde como “satisfeito” ou “muito satisfeito”:

$$\frac{\text{Nº de AAD satisfeitas ou muito satisfeitas com a sessão de EpS}}{\text{Nº total de AAD participantes nas sessões de EpS}} * 100$$

- Percentagem de AAD a quem foi fornecida embalagem de bolso de SABA:

$$\frac{\text{Nº de AAD que participaram na formação}}{\text{Nº total de AAD a exercer funções nas instituições participantes}} * 100$$

- Percentagem de convites aceites, para assinatura do “quadro de compromisso”:

$$\frac{\text{Nº de convites à assinatura do quadro de compromisso, aceites}}{\text{Nº total de convites à assinatura do quadro de compromisso}} * 100$$

- Número de reuniões realizadas com os elos de ligação de cada instituição participante.
- Número de sessões de observação realizadas.
- Número de instituições às quais foram fornecidos dados relativos à evolução das taxas de adesão à higiene das mão, observadas.

Indicadores de Impacto:

- Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário:

$$\frac{\text{Nº de ações de higienização das mãos}}{\text{Nº de oportunidades de higienização das mãos}} \quad * 100$$

- Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário, no momento 1 (antes do contacto com o utente):

$$\frac{\text{Nº de ações de higienização das mãos no momento 1}}{\text{Nº de oportunidades de higienização das mãos no momento 1}} \quad * 100$$

- Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário, no momento 3 (após risco de exposição a fluidos corporais):

$$\frac{\text{Nº de ações de higienização das mãos no momento 3}}{\text{Nº de oportunidades de higienização das mãos no momento 3}} \quad * 100$$

- Percentagem de AAD que possuem embalagem de bolso de SABA no local de prestação de cuidados de apoio domiciliário:

$$\frac{\text{Nº de AAD que possuem embalagem de bolso de SABA, no local de prestação de cuidados de apoio domiciliário}}{\text{Nº total de AAD da amostra observada}} \quad * 100$$

- Percentagem de ações de higienização das mãos em que é utilizada a fricção antisséptica:

$$\frac{\text{Nº de ações de higienização das mãos por fricção antisséptica}}{\text{Nº total ações de higienização das mãos}} \quad * 100$$

- Número de instituições que possuem normas internas sobre higiene das mãos.

Apêndice V
Portfólio de Atividades

Apêndice V: Portfólio de Atividades

Atividades Implementadas	
Reuniões com coordenações dos SAD	<ul style="list-style-type: none"> · Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação; · Validação dos problemas identificados e priorizados; · Apresentação de proposta de intervenção; · Agendamento das sessões de educação para a saúde; · Levantamento de recursos existentes para a realização das sessões de EpS; · Fornecimento de material de apoio e promocional; · Convite à assinatura do “quadro de compromisso”.
Sessões de EpS	<ul style="list-style-type: none"> · Exposição de conteúdos sobre: <ul style="list-style-type: none"> · Fundamentação para a higiene das mãos; · Indicações sobre higiene das mãos; · Técnicas de higiene das mãos, utilização de luvas. · Demonstração e treino da técnica de higiene das mãos · Apresentação do projeto, mãos limpas, mãos seguras, formalização da adesão ao mesmo. · Fornecimento de embalagens de bolso de SABA; · Entrega de “lembretes” de uso individual (pin e folheto de bolso) · Assinatura e afixação na instituição do “quadro de compromisso”; · Preenchimento de questionário de satisfação;
“Lembretes” no local de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> · Afixação de cartazes promocionais e técnicos nas instituições · Lembretes de uso individual
Elaboração e discussão de norma interna sobre higiene das mãos	<ul style="list-style-type: none"> · Contribuir para a percepção de importância da higiene das mãos · Garantir continuidade – integração ao serviço · Uniformizar práticas
Observação não participada	<ul style="list-style-type: none"> · Conhecer evolução da adesão à higiene das mãos, relativamente à avaliação inicial · Dar <i>feed-back</i> às equipas.

Apêndice V: Portfólio de Atividades



mãos limpas, mãos seguras

Promoção da higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário do Barreiro

Documento de Trabalho:

Apresentação do Projeto “mãos limpas, mãos seguras”

Factos:

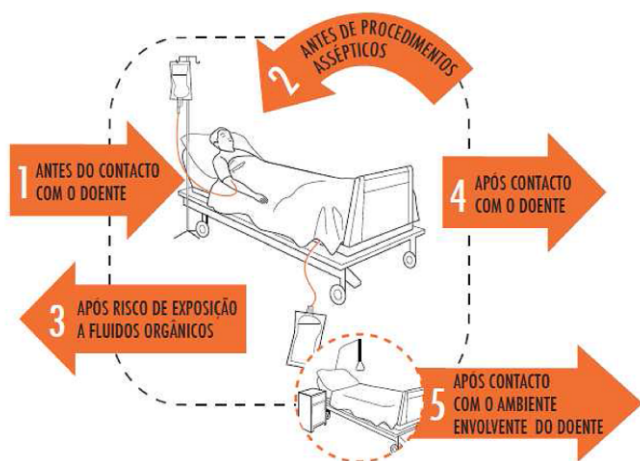
- Utentes idosos, dependentes constituem um grupo vulnerável à ocorrência de infeções.
- Aumento da prevalência de micro-organismos multirresistentes na comunidade
- O Programa Nacional de Controlo de Infeções tem como alvo apenas os cuidados de saúde.
- Medidas de controlo de infeção incluem:
 - Desinfeção ambiente
 - Uso de equipamento de proteção individual
 - Higiene das mãos
- A higiene das mãos é a medida isolada mais eficaz na prevenção de infeções
- Campanha internacional da OMS iniciada em 2006
- Campanha nacional da DGS “medidas simples salvam vidas” iniciada em 2008

Nota ilustrativa: (prevalência de micro-organismos multirresistentes na comunidade)

Micro-organismo monitorizado (1)	nº isolamentos	infeção adquirida na comunidade	
Acinetobacter	59	12	20,3%
MRSA	244	107	43,9%
E. Coli ESBL	80	44	55,0%
Klebsiela spp ESBL	27	17	63,0%
P. aeruginosa r. Carbapnemes ou multiresistentes	30	9	29,0%
Stenotrophomonas maltophilia	7	?	
Enterococcus sp. Resistente à Vancomicina	5	?	
	452	189	41,7%

(1) Fonte: Relatório Anual de Vigilância Epidemiológica – 2011 do CHBM, CCIH

REFERENCIAL TEÓRICO DA CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS



- Intervenção multimodal (factores facilitadores - ambiente, formação, motivação)
- Modelo conceptual dos 5 momentos.
- Higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados.
- Utilização de sabão / SABA

Objetivo do projeto:

- Levar a campanha de melhoria da higiene das mãos aos Serviços de Apoio Domiciliário do sector solidário do concelho do Barreiro.

Diagnóstico da situação:

Objetivos:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico das Auxiliares Acção Directa (AAD) dos SAD da rede solidária do Concelho do Barreiro;
- Conhecer práticas das AAD de higienização das mãos;
- Conhecer os factores envolvidos na melhoria das referidas práticas (factores predisponentes, facilitadores e de reforço)

População alvo:

- Ajudantes Familiares dos Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS do Concelho do Barreiro (n=75):
 - Centro de Assistência à Terceira Idade de Coina e Arredores – 15 (não respondeu)
 - Centro Social Paroquial de Santo André – 6
 - Santa Casa da Misericórdia do Barreiro – 30
 - Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes – 24

Amostra: 15 elementos

Metodologia:

- Observação não participada (Avalia a adesão a ações de higiene das mãos nas oportunidades definidas de acordo com os 5 momentos)
 - Instrumento de registo – “Formulário de Observação” da campanha nacional...
 - Sessões com a duração média de 42 min., realizadas entre 21/06 e 1/07 de 2012.
- Questionário (em anexo) - questões agrupadas sob os seguintes temas: caracterização sociodemográfica da amostra, fatores predisponentes, avaliação de conhecimentos sobre higiene das mãos, fatores facilitadores, fatores de reforço, avaliação comportamental (complementar aos dados colhidos durante as observações realizadas). Foi ainda incluído um grupo de questões sobre eventuais medidas a introduzir na fase de implementação do projeto.
 - Aplicação com a duração média de 20 min.
 - Realizados entre 11 e 19/07 de 2012.

A **análise dos resultados** permite identificar uma baixa adesão à higiene das mãos (31%) relacionada com os seguintes problemas identificados:

- 61% das AAD entrevistadas demonstram baixa perceção de risco de infeção associada aos cuidados domiciliários, para o utente;
- 61% das AAD entrevistadas não utilizam a SABA de acordo com as indicações preconizadas para a higiene das mãos, durante a prestação de cuidados domiciliários;
- Inexistência de normas internas sobre higiene das mãos, nos SAD das instituições participantes?

Definição de prioridades: Utilizado o método de Hanlon que consiste na classificação dos vários problemas de acordo com a aplicação de quatro critérios: a amplitude ou magnitude do problema, a gravidade, a eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema, a exequibilidade do projeto ou da intervenção. Da aplicação do método aos problemas identificados, dois foram excluídos e os restantes foram ordenados do seguinte modo:

1. 61% das AAD entrevistadas não utilizam a SABA de acordo com as indicações preconizadas para a higiene das mãos durante a prestação de cuidados domiciliários;
2. 61% das AAD entrevistadas demonstram baixa perceção de risco de infeção associada aos cuidados domiciliários, para o utente;
3. Inexistência de normas internas sobre higiene das mãos, nos SAD das instituições participantes.

Por se tratar de um pequeno número de problemas, todos eles serão objeto de intervenção.

Definição de Estratégias:

Objetivo Geral:

- Aumentar a adesão à higiene das mãos pelas Ajudantes de Ação Direta dos Serviços de Apoio Domiciliário ...

Metas:

- Até Dezembro de 2012, 80% das AAD dos SAD do Barreiro sejam abrangidas pelas sessões de sensibilização/formação sobre higienização das mãos;
- Até Fevereiro de 2013, a taxa de adesão à higiene das mãos, nos SAD do Barreiro, suba para 60%.
- Até Fevereiro de 2013, todas as instituições participantes adotem normas sobre higienização das mãos nos SAD.

Alterações necessárias:

- Fatores facilitadores (condições ambientais):
 - Adoção do uso de Solução Desinfetante de base alcoólica (SABA)
- Fatores Predisponentes:
 - Fornecimento de folhetos de bolso e pin's (*)
 - Formação / sensibilização:
 - Perceção de risco de infeção associada aos SAD
 - Momentos com indicação para higienização das mãos (“os 5 momentos”)
 - Técnicas de higienização das mãos
 - Relação entre uso de luvas e higienização das mãos
- Fatores de Reforço:
 - Comprometimento e apoio das chefias
 - Afixação de cartazes
 - Fornecimento de pin's (*)
 - Desenvolvimento de normas internas sobre higienização das mãos.

Tarefas:

- Mobilização de Recursos;
- Reuniões preparatórias;
- Agendamento de sessões;
- Realização das sessões de educação para a saúde;
- Afixação de cartazes técnicos;
- Avaliação (observações);
- *Feedback* às equipas;
- Desenvolvimento de orientações para higiene das mãos a introduzir nos manuais dos serviços.

"Quadro de compromisso"



(¹) Assinado pelo Delegado de Saúde Pública.

Apêndice V: Portfólio de Atividades



mãos limpas, mãos seguras

Promoção da higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário do Barreiro

Sessões de Educação para a Saúde

Tema	Higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD): Porquê, quando e como?
Destinatários	Auxiliares de Ação Direta dos SAD do Setor Solidário do Concelho do Barreiro
Dinamizador	Margarida Ferreira
Duração	60 a 90 min
Data	Sessões a decorrer durante o mês de dezembro de 2012
Horário	(a agendar)
Local	Instalações das várias Instituições particulares de Solidariedade Social participantes
Objectivos Gerais	Capacitar os profissionais para a melhoria da sua adesão à higiene das mãos
Objectivos Específicos	<p>No final da sessão as profissionais deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender o risco potencial de transmissão de micro organismos aos utentes dos SAD Compreender o risco de infeção ou colonização para o funcionário dos SAD Enumerar as indicações para a higiene das mãos Executar corretamente a higiene das mãos Relacionar o uso de luvas com a higiene das mãos
Materiais	<p>Diapositivos e filmes para projeção</p> <p>Projetor de diapositivos a fornecer pelas instituições / juntas de freguesia</p> <p>Material para demonstração das técnicas de higiene das mãos</p> <ul style="list-style-type: none"> Solução de contraste Máquina de luz fria Solução antisséptica de base alcoólica Instalações e material para lavagem das mãos a fornecer por cada instituição <p>Folhetos informativos de bolso:</p> <p>Quadro de compromisso “mãos limpas, mãos seguras”</p> <p>Pin’s</p>

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Equipamentos / Meios didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação do projecto “mãos limpas, mãos seguras” · Contextualização · Objetivos do projeto <i>Feedback</i> relativamente ao diagnóstico de situação: · Objetivos do estudo · Métodos de colheita de dados · Principais conclusões	Expositivo	Projektor, PC (Apresentação de diapositivos)	10 min.
Desenvolvimento	Fundamentação para a higiene das mãos: · Risco potencial de transmissão de micro-organismos aos utentes · Risco de infeção ou colonização para o funcionário Indicações para a higiene das mãos: · Conceito de espaço do utente e superfícies próximas ao utente · Os cinco momentos para a higiene das mãos Técnicas de higiene das mãos · Lavagem das mãos · Fricção antisséptica das mãos (Introdução da Solução para fricção antissética como método preferencial) Utilização de luvas · Indicações e outras recomendações para o uso de luvas. · Relação do uso de luvas com a higiene das mãos Exemplos práticos	Expositivo Instrução, demonstração e treino Distribuição de solução para fricção antissética em embalagens de bolso Expositivo Interrogativo	Projektor, PC (apresentação de diapositivos, filmes) Solução de contraste, máquina de luz fria, solução antissética para fricção das mãos. Projektor, PC (Apresentação de diapositivos, filmes)	40 min.
Conclusão	Adesão ao projeto: · Apresentação do quadro de compromisso e respectivo significado · Convite à assinatura do quadro · Distribuição de pin's e folhetos de bolso Preenchimento de questionário de avaliação da sessão	Expositivo / Participativo	“Quadro de compromisso”, marcadores, pin’s alusivos ao tema e folheto de bolso com informação técnica resumida) Questionário de avaliação de sessões de formação – modelo utilizado pela Rede Social do Barreiro	20 min.

Promoção da higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário do Barreiro

Data:/...../.....

[illegible]

Apêndice V: Portfólio de Atividades



mãos limpas, mãos seguras

Promoção da higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário do Barreiro

Certificado

Certifica-se que _____ participou na formação: **Higiene das mãos nos Serviços de Apoio Domiciliário: Porquê, quando e como**, realizada no ____ (nome da instituição) _____, no dia ____ de dezembro de 2012, com a duração de 2 horas, na qual foram abordados os seguintes conteúdos:



Fundamentação para a higiene das mãos:

- Risco potencial de transmissão de micro-organismos aos utentes
- Risco de infeção ou colonização para o funcionário



Indicações para a higiene das mãos:

- Conceito de espaço do utente e superfícies próximas ao utente
- Os cinco momentos para a higiene das mãos



Técnicas de higiene das mãos

- Lavagem das mãos
- Fricção antisséptica das mãos (Introdução da Solução para fricção antisséptica como método preferencial)



Utilização de luvas

- Indicações e outras recomendações para o uso de luvas.
- Relação do uso de luvas com a higiene das mãos
- Exemplos práticos

A Formadora:



Apêndice V: Portfólio de Atividades

Cartazes, folhetos e outro material educativo e promocional utilizado durante a intervenção.



Apêndice VI
Avaliação dos Objetivos Fixados

Avaliação dos Objetivos Fixados

Indicadores de Avaliação	Objetivo	Resultado obtido
Avaliação de Processo		
Percentagem de Auxiliares de Ação Direta (AAD) abrangidas pelas sessões de formação sobre higienização das mãos	80%	83,3%
Percentagem de AAD que classifica o seu grau de satisfação com a sessão de educação para a saúde como “satisfeito” ou “muito satisfeito”	70%	100%
Percentagem de AAD a quem foi fornecida embalagem de bolso de SABA	80%	83,3%
Percentagem de convites aceites, para assinatura do “quadro de compromisso”	100%	100%
Número de reuniões realizadas com os elos de ligação de cada instituição participante	1	1
Número de sessões de observação realizadas	13	20
Número de instituições às quais foram fornecidos dados relativos à evolução das taxas de adesão à higiene das mão, observadas	3	3
Avaliação de Impacto		
Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário	60%	65,5%
Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário, no momento 1 (antes do contacto com o utente)	30%	55%
Taxa de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados de apoio domiciliário, no momento 3 (após risco de exposição a fluidos corporais)	30%	0%
Percentagem de AAD que possuem embalagem de bolso de SABA no local de prestação de cuidados de apoio domiciliário	70%	100%
Percentagem de ações de higienização das mãos em que é utilizada a fricção antisséptica	50%	68,4%
Número de instituições que possuem normas internas sobre higiene das mãos	3	3 (*)

(*) Proposta de norma não discutida.

Apêndice VII
Autorização de Estágio

Apêndice VII: Autorização de Estágio



Exma. Senhora
Prof. Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Av. do Brasil, 53-B

1700-063 Lisboa

Sua referência
Oº 1705

Sua comunicação
2012-05-18 ACESB - Director Executivo do ACES

Serviço

Nossa referência
2012.00464

Data
2012-05-31

Assunto: Pedido de autorização para ida a campo - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem

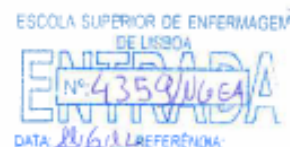
No seguimento do vosso ofício mencionado em epígrafe, e após parecer da Sra. Enf. do Conselho Clínico, cumpre-me informar que não há inconveniente na realização das entrevistas aos utentes da UCSP de Alhos Vedros e da UCC do Barreiro, desde que haja conhecimento e aprovação prévia dos questionários a aplicar.

Mais se informa que relativamente à marcação de reunião preparatória da ida a campo, devem contactar a Vogal do Conselho Clínico, Enfermeira Espírito Santo através do telefone: 212059371 (Extensão 164) ou E-mail: isabelsanto@usflavradio.min-saude.pt.

Com os melhores cumprimentos.

A Diretora Executiva do Agrupamento de
Centros de Saúde - Arco Ribeirinho


Maria Manuela Marques



Apêndice VIII

Pedidos de Autorização ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo,
para consulta dos Relatórios de Vigilância Epidemiológica

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.

de 05.06.2012
ACTA N.º 33

Ao Sr. Presidente da CCIH
para obtenção de parecer
face ao solicitado.

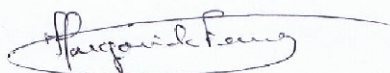
30 MAIO 2012
Enf.ª Helena Almeida

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, portadora do Cartão de Cidadão 07797539, emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa, membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros com o número 5-E-26339, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projecto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente no domicílio: práticas de controlo de infecção pelos cuidadores, vem por este meio, solicitar-lhe autorização para a consulta e utilização dos dados de vigilância epidemiológica das infecções por bactérias multirresistentes adquiridas na comunidade, a colher junto da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar da instituição que dirige.

Os dados colhidos constituirão um contributo importante na justificação da pertinência do projecto supracitado.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.ª.

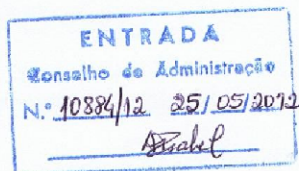
Com os melhores Cumprimentos,



Margarida Ferreira

Barreiro, 25 de Maio de 2012.

(T: 919656340)



Em CA

Autorize-se, de acordo a Representante com o Dr. Paulo André, Presidente da CCI para o efeito pretendido, bem como a disponibilizar do estudo para conhecimento do CA e eventual ingresso na biblioteca do CHBM.

Exm.ª Senhora Presidente do Conselho de

Administração do Centro Hospitalar

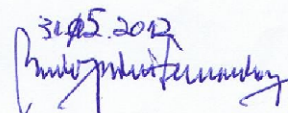
Barreiro Montijo Dr.ª Nina de Sousa Santos

Vogal do Conselho de Administração

Para CA



A CCIH não tem nada a ver com a autorização do vedado fornecido.

30.05.2012


unidade a 31.05.12

Vado a opôr. À Comissão de Ética
pelo os devidos efeitos, 26/2/2013

Luísa Luz
Enfermeira Directora

COMISSÃO DE ÉTICA	
Não se opõe desde que mês seguinte ao do presente	
Data	13/2/2013

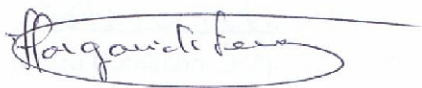
Exm.º Senhor Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar
Barreiro Montijo

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, portadora do Cartão de Cidadão 07797539, emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa, membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros com o número 5-E-26339, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projecto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente no domicílio: práticas de controlo de infecção pelos cuidadores, vem por este meio, solicitar-lhe autorização para a consulta e utilização dos dados de vigilância epidemiológica das infecções por bactérias multirresistentes adquiridas na comunidade, a colher junto da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar da instituição que dirige.

Os dados colhidos, bem como uma eventual evolução no padrão das infecções adquiridas na comunidade, constituiriam um contributo importante na justificação da pertinência do projecto supracitado.

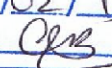
Agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.ª.

Com os melhores Cumprimentos,



Margarida Ferreira (99656340)

Barreiro, 22 de Fevereiro de 2013.

HNSR, EPE BARREIRO	
N.º	4147
Pasta n.º	6380
Data:	25/02/13
Ass:	



CHBM

Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE
Comissão de Ética

COMUNICAÇÃO INTERNA

De: Comissão de Ética

Para: Exma. Sr.^a Enf.^a Luísa Luz
Enfermeira Directora

Cee bonzelo

01/03/2013

lees, lees

Luísa Luz
Enfermeira Directora

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados

Sua comunicação de:

N.º Ref.: 6-2013

Data: 01-03-2013

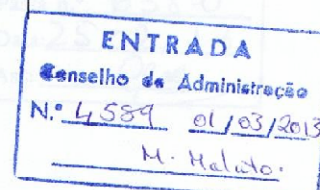
Em 1 de março de 2013 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que deliberou sobre um pedido de autorização para efetuar consulta e utilização de dados da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar para desenvolvimento de um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente no domicílio intitulado "práticas de controlo de infeção pelos cuidadores" desenvolvido por Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética nada tem a opor ao fornecimento destes dados desde que não haja consulta do processo clínico.

Com os melhores cumprimentos

(Elvira Camacho, Dr.^a)

(Presidente da CES)

Barreiro, 22 de Fevereiro de 2013



Apêndice VIX

Cartas às instituições participantes

Apêndice VIX: Cartas às instituições participantes

À Direção do Centro de Convívio de Reformados e Idosos da Vila da Baixa da Banheira.

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente: práticas de controlo de infeção pelos cuidadores.

A população alvo do projeto é o grupo das Auxiliares de Ação Direta a exercer funções nos Serviços de Apoio Domiciliário da Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho do Barreiro.

O referido projeto encontra-se atualmente na fase de construção do instrumento de colheita de dados, que inclui a pré testagem do mesmo. Para o efeito, venho solicitar a vossa superior autorização para a aplicação do referido instrumento de colheita de dados, às colaboradoras do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

As respostas serão tratadas de forma anónima e os resultados destinam-se ao uso exclusivo pela autora e tratados com absoluta confidencialidade.

Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.^a.

Com os melhores Cumprimentos,

Margarida Ferreira

Barreiro, 06 de maio de 2012.

Exm.º Sr. Provedor da Irmandade da Santa
Casa da Misericórdia do Barreiro

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente: práticas de controlo de infeção pelos cuidadores, dirigido às práticas de higienização das mãos.

Solicita, por este meio a vossa superior autorização para a recolha de dados junto das colaboradoras do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

A recolha de dados decorreria durante os meses de maio / Junho de 2012, através de entrevista às coordenadoras do referido programa e aplicação de questionários e/ou observação não participada junto das Ajudantes Familiares Domiciliárias.

Os dados colhidos destinam-se à elaboração de um diagnóstico de situação com vista ao planeamento de intervenção a desenvolver no âmbito do Grupo Concelhio do Conselho Local de Ação Social do Barreiro para as Questões dos Idosos.

Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.ª.

Com os melhores Cumprimentos,

Barreiro, 15 de maio de 2012.

(Margarida Ferreira)

TM 919656340

(mf@campus.esel.pt)

À Direção do Centro Social e Paroquial
Padre Abílio Mendes

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente: práticas de controlo de infeção pelos cuidadores.

Solicita, por este meio a vossa superior autorização para a recolha de dados junto das colaboradoras do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

A recolha de dados decorreria durante os meses de maio / junho de 2012, através de entrevista às coordenadoras do referido programa e aplicação de questionários e/ou observação não participada junto das Ajudantes de Ação Direta.

Os dados colhidos destinam-se à elaboração de um diagnóstico de situação com vista ao planeamento de intervenção a desenvolver no âmbito do Grupo Concelhio do Conselho Local de Ação Social do Barreiro para as Questões dos Idosos.

Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.^a.

Com os melhores Cumprimentos,

Margarida Ferreira

Barreiro, 15 de maio de 2012.

Apêndice VIX: Cartas às instituições participantes

À Direção do Centro Social e Paroquial de
Santo André.

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente: práticas de controlo de infeção pelos cuidadores.

Solicita, por este meio a vossa superior autorização para a recolha de dados junto das colaboradoras do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

A recolha de dados decorreria durante os meses de maio / junho de 2012, através de entrevista às coordenadoras do referido programa e aplicação de questionários e/ou observação não participada junto das Ajudantes de Ação Direta.

Os dados colhidos destinam-se à elaboração de um diagnóstico de situação com vista ao planeamento de intervenção a desenvolver no âmbito do Grupo Concelhio do Conselho Local de Ação Social do Barreiro para as Questões dos Idosos.

Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.^a.

Com os melhores Cumprimentos,

Margarida Ferreira

Barreiro, 15 de maio de 2012.

À Direção do Centro Assistência à Terceira
Idade de Coima e Arredores

Maria Margarida Guia Soares Ferreira, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados ao utente idoso dependente: práticas de controlo de infeção pelos cuidadores.

Solicita, por este meio a vossa superior autorização para a recolha de dados junto das colaboradoras do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

A recolha de dados decorreria durante os meses de maio / junho de 2012, através de entrevista às coordenadoras do referido programa e aplicação de questionários e/ou observação não participada junto das Ajudantes de Ação Direta.

Os dados colhidos destinam-se à elaboração de um diagnóstico de situação com vista ao planeamento de intervenção a desenvolver no âmbito do Grupo Concelhio do Conselho Local de Ação Social do Barreiro para as Questões dos Idosos.

Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex.^a.

Com os melhores Cumprimentos,

Margarida Ferreira

Barreiro, 15 de maio de 2012.

Apêndice X

Consentimentos Informados

FOLHETO EXPLICATIVO [pré-teste]

Sou aluna do 3º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretendo desenvolver um projeto com o tema “prevenção de infeção nos utentes com necessidade de apoio domiciliário”. O projeto dirige-se às Ajudantes de Ação direta dos Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS do Barreiro.

O presente formulário destina-se a conhecer o grupo de pessoas a trabalhar nesta área e, por outro lado, identificar conhecimentos prévios, condicionantes institucionais e práticas relacionadas com a higiene das mãos.

Trata-se no entanto de um primeiro formato que necessita ser testado, num grupo diferente, para verificar a sua qualidade. Para o efeito gostaria de solicitar a sua colaboração, não só no seu preenchimento, mas também com sugestões de melhoria ou com algum comentário sobre as questões, a sua clareza ou a forma com estão colocadas e as opções de resposta disponibilizadas.

O objetivo não é o de avaliar respostas certas ou erradas, mas sim melhorar o formulário, pelo que solicito que seja o mais rigorosa possível nas suas respostas.

As respostas são anónimas e os dados colhidos serão para uso exclusivo da autora e serão tratados em absoluta confidencialidade.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

Maria Margarida Guia Soares Ferreira

(mf@campus.esel.pt)

Formulário de Consentimento

Eu,

(nome completo)

1. Li o folheto explicativo;
2. Recebi informação que considero suficiente, sobre o projeto;
3. Tive oportunidade colocar perguntas e esclarecer as minhas dúvidas;
4. Compreendi que a minha colaboração no preenchimento do questionário é estritamente voluntária;
5. Compreendi que posso recusar, se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem sofrer qualquer repercussão a nível pessoal ou profissional;
6. Fui informado (a) de que o preenchimento do formulário será feito de forma anónima e que os dados se destinam a uso exclusivo, pela responsável do projeto e apenas no âmbito do mesmo.

Concordo em participar no projeto através do preenchimento do formulário, para respetiva pré testagem.

Assinatura:

Data: / /

Notas:

- Este formulário deve ser destacado do questionário e entregue separadamente.
- Para qualquer questão, contactar a responsável do projeto cujo contacto consta do folheto explicativo que ficará em seu poder.

Formulário de Consentimento Observação não Participada

Utentes / Familiares dos Serviços de Apoio Domiciliário

Projeto: Prevenção de Infecção nos Utentes com Necessidade de Apoio Domiciliário

Responsável pelo Projeto: Margarida Ferreira (mf@campus.esel.pt)

Eu,

(nome completo)

1. Recebi informação que considero suficiente, sobre o projecto;
2. Tive oportunidade colocar perguntas e esclarecer as minhas dúvidas;
3. Compreendi que a minha colaboração, através da autorização da realização de observação realizada às Auxiliares de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de que usufruo, é estritamente voluntária;
4. Compreendi que posso recusar, se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem sofrer qualquer repercussão;
5. Fui informado (a) de que os dados colhidos serão tratados de modo anónimo e se destinam a uso exclusivo, pela responsável do projeto e apenas no âmbito do mesmo.

Autorizo a realização da referida observação, a realizar-se no meu domicílio.

☐ Utente do SAD

☐ Representante do utente do SAD

Assinatura:

Data: / /

Formulário de Consentimento – Observação não Participada

Auxiliares de Ação Direta

Projeto: Prevenção de Infecção nos Utentes com Necessidade de Apoio Domiciliário

Responsável pelo Projeto: Margarida Ferreira (mf@campus.esel.pt)

Eu,

(nome completo)

1. Recebi informação que considero suficiente, sobre o projeto;
2. Tive oportunidade colocar perguntas e esclarecer as minhas dúvidas;
3. Compreendi que a minha colaboração, através da autorização da realização de Observação das Visitas Domiciliárias de apoio domiciliário, é estritamente voluntária;
4. Compreendi que posso recusar, se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem sofrer qualquer repercussão;
5. Fui informado (a) de que os dados colhidos serão tratados de modo anónimo e se destinam a uso exclusivo, pela responsável do projeto e apenas no âmbito do mesmo.

Autorizo a realização da referida observação,

Assinatura:

Data: / /

FOLHETO EXPLICATIVO

Sou aluna do 3º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretendo desenvolver um projeto com o tema “prevenção de infeção nos utentes com necessidade de apoio domiciliário”. O projeto dirige-se às Ajudantes de Ação Direta dos Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS do Barreiro. Deste modo gostaria de solicitar a sua colaboração na resposta a um questionário que se destina, por um lado, a conhecer o grupo de pessoas a trabalhar nesta área e, por outro, identificar conhecimentos prévios, condicionantes institucionais e práticas relacionadas com a higiene das mãos.

As respostas são anónimas e os dados colhidos serão para uso exclusivo da autora e serão tratados em absoluta confidencialidade. O objetivo não é o de avaliar respostas certas ou erradas, mas sim conhecer a realidade, pelo que solicito que seja o mais rigorosa possível nas suas respostas.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

Maria Margarida Guia Soares Ferreira

(mf@campus.esel.pt)

Formulário de Consentimento

Eu,

(nome completo)

1. Li o folheto explicativo para os Ajudantes de Ação Direta;
2. Recebi informação que considero suficiente, sobre o projeto;
3. Tive oportunidade colocar perguntas e esclarecer as minhas dúvidas;
4. Compreendi que a minha colaboração na resposta ao questionário é estritamente voluntária;
5. Compreendi que posso recusar, se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem sofrer qualquer repercussão a nível pessoal ou profissional;
6. Fui informado (a) de que os dados colhidos serão tratados de modo anónimo e se destinam a uso exclusivo, pela responsável do projeto e apenas no âmbito do mesmo.

Concordo em participar no projeto através da resposta ao questionário que me foi proposta.

Assinatura:

Data: / /

